



Оңтүстік Қазақстан
медицина академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

Южно-Казахстанской медицинской академии

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№1 (85), 2019

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 1 (85), 2019

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 617-089

А.А. Кульчиев, А.А. Морозов, Э.А. Перисаева

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Республика Северная Осетия-Алания, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО КАНАЛА

Резюме

В исследование включены две группы пациентов с язвенным пилородуоденальным стенозом - перенесшие резекцию желудка и после органосохраняющих операций с ваготомией. После резекции желудка в ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения развиваются в два раза чаще, по сравнению с органосохраняющими операциями с ваготомией. В отдаленном периоде качество жизни больных, перенесших органосохраняющие операции с ваготомией у 74,7% признано высоким, у 21,4% удовлетворительным и плохим

Ключевые слова: Язвенная болезнь, медикаментозное лечение, двенадцатиперстная кишка, рубцовый стеноз, моторика желудка, резекция.

Актуальность проблемы: В последнее десятилетие вопрос планового хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не стоит остро и естественно редко освещается в литературе. Так за последнее десятилетие в доступной литературе в ведущих хирургических журналах России можно найти единичные сообщения о плановом лечении язвенной болезни ДПК. [2,6,12,13] Это результат позитивных изменений произошедших за последние 20 лет в лечении язвенной болезни ДПК. Последние 10 – 15 лет хирургическая операция по поводу язвенной болезни ДПК и ее осложнений с каждым годом становится реже, что является отрадным фактом. Этот факт у ряда специалистов создает мнение что язвенную болезнь ДПК можно длительно, десятилетиями лечить лекарственными препаратами. Такой подход в лечении язвенной болезни ДПК не всегда оправдан. Как показывает практика, несмотря на значительные успехи лекарственной терапии в лечении язвенной болезни ДПК, у определенной части больных достигнуть ожидаемого эффекта не удается.

Сегодня можно констатировать, что не смотря на достигнутые успехи медикаментозной терапии в лечении язвенной болезни ДПК у определенной части больных развиваются осложнения требующие хирургического лечения. Одним из проявлений неэффективности, а у части больных высокой эффективности длительной консервативной терапии является рубцово – язвенный стеноз ДПК, патогенез которого до конца не изучен. По литературным данным, рубцово – язвенный стеноз ДПК, как осложнение язвенной болезни, развивается у 10,7 – 12,2 %. [3,5,10,11]

В хирургическом лечении язвенного пилоро – дуоденального рубцового стеноза принято два метода лечения. Наибольшее распространение получила резекция желудка с различными вариантами восстановления пассажа по кишечнику [1,4,8,9]

В последние 20 лет в лечении осложненных форм язвенной болезни ДПК некоторые исследования (их не много) предполагают органосохраняющие желудок операции с различными вариантами ваготомии. [3,7,13,14]

Цель исследования: выбор оптимального патогенетически обоснованного метода хирургического лечения рубцово – язвенного стеноза пилородуоденального канала.

Материалы и методы: Накопленный опыт на протяжении 40 лет хирургического лечения язвенной болезни ДПК с различными вариантами резекций желудка более 1000 операций и органосохраняющими с ваготомией - 860, служит основанием провести сравнительный анализ применяемых методов операции и оценить их патогенетическую обоснованность.

До 1985г. в хирургическом лечении язвенной болезни ДПК нами применялись различные методы резекции желудка. С 1986г. в арсенале клиники применяются органосохраняющие и резекционные методы лечения.

Большим проводили общепринятые методы исследования. Особое внимание уделяли водно – электролитному балансу, кислотности – щелочному равновесию, показателям азотистого обмена. Для уточнения степени стеноза и выбора метода операции ориентировались, кроме клиники, на данные ФГДС, рентгенографии желудка, моторно – эвакуаторную функцию желудка и секрецию желудочного сока. Секрецию желудочного сока определяли титрационно – аспирационным методом. Существует множество классификаций стеноза, отличающиеся излишней громоздкостью либо крайним схематизмом. В своей работе мы пользуемся классификацией стеноза, предложенной Ю.М. Панцыревым и др. 1977г.

Особые сложности в выборе метода операции вызывает сочетание стеноза с пенетрацией дуоденальной язвы. В литературе очень мало работ посвященных этой сложной проблеме. Единичные работы посвященные осложненным дуоденальным язвам не комментируют их сочетание. [13]. По нашему мнению, данная проблема не получила должного обсуждения и решения.

Выбор метода операции

Считаем, что для каждого больного должен быть выбран патогенетически обоснованный метод операции. При этом должны быть учтены все факторы которые вызвали болезнь и ее осложнения, особенности язвенной болезни и степень операционного и анестезиологического риска. Вопрос о показаниях и сроках операции рубцово – язвенного стеноза, требует конкретики. Практический опыт показывает, что всех больных с стенозом целесообразно разделить на две группы: - больные без выраженных нарушений моторики желудка (I – II стадии) и больные с нарушением водно – электролитного обмена (III – IV стадии). Больные первой группы не нуждаются в особой подготовке к операции. Больные второй группы (III – IV стадии) нуждаются в течении 5-7 дней массивной инфузионной предоперационной коррекции нарушенных водно – электролитных, белковых нарушений с эвакуацией желудочного содержимого. У этих больных вопрос сроков операции является сложным и часто определяющим успех самой операции.

Наш опыт хирургического лечения стенозов ДПК язвенного генеза дает нам основание отдавать предпочтение дренирующим желудок операциям с СПВ. При этом у ряда больных, по очень ограниченным показаниям, считаем патогенетически обоснованным антрумэктомию со стволовой ваготомией и гастроэнтероанастомоз по Ру – Агеенко. При язвенной болезни желудка и ДПК одним из основных патогенетических условий операции считается сохранение пассажа по ДПК. Однако в исключительных случаях (сочетание язвенной болезни с выраженными формами функциональной ХДН) вынуждены выключать ДПК.

На первом этапе, до 1985г., по поводу различных форм язвенного стеноза ДПК оперировано – 86 больных – I группа (таб. 1)

На втором этапе, с 1986 по 2015г. с диагнозом хроническая язвенная болезнь осложненная стенозом выполнено 126 операций – II группа (таб. 2)

Таблица 1 - (I – группа)

№	Объем операции	Количество
1	Резекция по Гофмейстеру – Финстереру	53
2	Резекция желудка по Ру	21
3	Резекция по Бильрот – I	12
	Всего	86

Таблица 2 - (II – группа)

№	Объем операции	Количество
1	Финнея, СПВ	91
2	Гейнеке – Микуличу, СПВ	8
3	Дуоденопластика, СПВ	21
4	Антрумэктомия, СПВ, Ру.	6
	Всего	126

Как видно из таблиц 1 – 2, у второй группы больных количество резекционных желудок операций резко сократилось до 6. Абсолютное большинство операций составило органосохраняющие с СПВ – 120 (95,2%) из 126ю в этой группе больных нами выявлено всего 6 резекций желудка, в объеме антрумэктомии с стволовой ваготомией. Это те случаи, когда нельзя было сохранить пассаж по ДПК – функциональная дуоденальная непроходимость субкомпенсированной и декомпенсированной стадии.

Из дренирующих желудок операций предпочтение отдаем гастродуоденостомии по Финнею, эта методика позволяет иссечь края язвы и рубцовую ткань в пределах здоровых тканей, при поражении передней и боковых стенок ДПК. Провести ревизию задней стенки ДПК.

В таблице 3 и 4 отражены ранние послеоперационные осложнения по сравниваемым группам.

Процент общих послеоперационных осложнений в группе с органосохраняющими операциями в два раза меньше по сравнению с резекционными, что подтверждает патогенетическую обоснованность объема выполненных операций.

Таблица 3- (I – группа) Характер ранних послеоперационных осложнений.

№	Осложнение	Операция			Всего (86) 12,7%
		Рез. Г. – Ф. (53)	Рез. По Ру (21)	Рез. Б – I (12)	
1	Гастростаз	5	3	3	11 (12,7%)
2	Несостоятельность швов	2 (1)	-	1	3 (4,6%)
3	Панкреатит	4 (1)	1	1	6 (7%)
4	Пневмония	7	3	2	12 (14%)
5	Диарея	0	0	0	0
6	Нагноение раны	6	4	1	11 (12%)
7	Летальность	2			2 (2,3%)
	Итого	26	11	9	46 (53,3%)

Таблица 4 - (II – группа) Характер ранних послеоперационных осложнений.

№	Осложнение	Операция				Всего (86)
		Финнея, СПВ 91	Гейнеке Микуличу, СПВ 8	Дуоденопластика, СПВ21	Антрум эктомия, СТВ, РУ 6	
1	Гастростаз	3	1	2		6 (4,7%)
2	Несостоятельность швов					
3	Панкреатит	2		1		3 (2,3%)
4	Пневмония	3		2		5 (3,1%)
5	Диарея	2			1	3 (2,3%)
6	Нагноение раны	8	1	3		12 (25%)
7	Летальность					
	Итого	18	2	8	1	29 (23%)

Такие грозные осложнения, как несостоятельность культи ДПК, анастомоза и послеоперационного панкреатита чаще наблюдали в I группе, после резекции желудка. В этой группе имели 2 несостоятельности культи ДПК и одна - анастомоза после Бильрот I с одним летальным исходом. Еще один больной погиб от послеоперационного панкреатита, развившегося вследствие попытки закрытия трудной культи с пенетрирующей язвой в головку поджелудочной железы. В I группе имелось 2 (2,3%) летальных случая.

Во II группе подобных тяжелых послеоперационных осложнений не было. Наиболее частым послеоперационным осложнением в этой группе было нагноение раны, что никак нельзя объяснить с характером объема операции. Характерные для II группы операции осложнения – гастростаз и диарея имели место в единичных случаях и легко купировались медикаментозно.

В таблицах 5 и 6 представлен характер выполненных операций в зависимости от степени стеноза. В I группе больных выбор объема операции не зависел от степени стеноза. В этой группе больных выбор метода резекции в большей степени зависел от надежности культи ДПК и гастродуоденоанастомоза. При оптимальной ситуации пытались выполнить резекцию по Бильрот I – 12 (14%) случаев. При закрытии «трудной» культи ДПК – гастроэнтероанастомоз по Ру – 21 (24,4%). У абсолютного большинства выполнена резекция по Гофмейстеру – Финстереру – 53 (61,6%).

Во II группе больных степень выраженности стеноза влияла на выбор метода дренирующей желудка операции. При IV степени стеноза, при резком угнетении перистальтических возможностей стенки желудка, оптимальным считаем широкое соустье между желудком и ДПК, по Финнею. Эту методику считаем оптимальной и при сочетании стеноза с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы. При II и III степени стеноза, когда можно сохранить пилорический жом предпочтение отдавали дуоденопластике с обязательной СПВ. Некоторые ведущие хирурги выполняют дуоденопластику без СПВ. Мы считаем обязательным СПВ в плановой хирургии, при всех органосохраняющих операциях язвенной болезни ДПК.

В этой группе (II) было выполнено 6 антрумэктомий с стволовой ваготомией по «вынужденным» показаниям – ХДН III – IV ст.

Таблица 5 (I – группа) - Характер выполненных операций в зависимости от степени стеноза.

№	Объем операции	Степень стеноза			Всего
		II	III	IV	
1	Резекция по Гофмейстеру-Финстереру	29	21	3	53 (61,6%)
2	Резекция жел-ка по Ру	-	16	5	21(24,4%)
3	Резекция по Бильрот - I	9	3	-	12 (14%)
	Всего	38 (44,1%)	40 (46,6%)	8 (9,3%)	86 (100%)

Таким образом, у абсолютного большинства больных во II группе выполнена операция Финнея с СПВ(72,3%) Пилоропластика по Гейнеке – Микуличу выполнена у 8 (6,3%) больных при II степени стеноза.

Таблица 6 - (II – группа) Характер выполненных операций в зависимости от степени стеноза.

№	Объем операции	Степень стеноза			Всего
		II	III	IV	
1	Финнея, СПВ	17	55	19	91 (72,3%)
2	Гейнеке Микуличу, СПВ	8	-	-	8 (6,3%)
3	Дуоденопластика, СПВ	13	8	-	21 (16,6%)
4	Антрум эктомия, СТВ, РУ.	3	1	2	6 (4,8%)
	Всего	41 (32,6%)	64 (50,8%)	21 (16,6%)	126 (100%)

Полученные отдаленные результаты операций оценивались функционально, лабораторно, инструментально, по опросникам (определяющим качество жизни) и классификации Visick

В таблицах 7 и 8 отражены патологические состояния больных перенесших операции на желудке в разных группах.

В табл. 7 (I группе) отражены функциональные и органические изменения выявленных в отдаленном периоде после резекционных операций. Как видно из данной таблицы, абсолютное большинство (67,2%) пациентов, после различных, резекционных желудок операций, имеют различные патологические состояния. Из них - у 7,8 % рецидив язвенной болезни. Из резекционных желудок методов операций наихудшие результаты получены после операции Гофмейстера – Финстерера. У 97,5% пациентов отмечены разные патологические состояния.

Таблица 7 - (I – группа) Отдаленные результаты

№	Патологическое состояние	Результат операции			Всего (64)
		Г. – Ф. (41)	по Ру (14)	Б – I (9)	
1	Рецидив язвы	4 (9,7)	1	-	5 (78%)
2	Демпинг синдром	7 (17%)	-	-	7 (17%)
3	Синдром приводящей петли	2	-	-	2
4	Желудочный дискомфорт	12 (30%)	2	-	14 (22%)
5	Вегетоастенический синдром	10 (24%)	-	1	11 (17%)
6	Железодефицитная анемия	3 (7,3%)	-	1	4 (9,4%)
	Итого	38 (97,5%)	3 (21,4%)	2 (22,2%)	43 (67,2%)

В таблице 7 особо следует обратить внимание на тот факт, что после резекции желудка, по Гофмейстеру - Финстереру в отдаленном периоде нет пациентов, которые чувствуют себя абсолютно здоровыми.

Во II группе больных (табл. 8) отдаленные результаты более благоприятны по сравнению с I группой. Как видно из таблицы № 8, разные патологические состояния после органосохраняющих желудок операций с СПВ, выявлено у 21,6%. По сравнению с I группой – в 3 раза меньше. Из них рецидив язвы в 2,4%. Наиболее частым патологическим состоянием в этой группе является желудочный дискомфорт у 8,3%.

Таблица 8 - (II – группа) Отдаленные результаты

№	Патологическое состояние	Операция				Всего (83)
		Финнея, СПВ - 51	Гейнеке Микуличу, СПВ – 6	Дуоденопластика, СПВ - 21	Антрумэктомия, СТВ, РУ. – 6	
1	Рецидив язвы	2	-	-	-	2(2,4)
2	Демпинг синдром легкой степени	1	1	-	-	2
3	Диарея	1	-	-	-	1
4	Желудочный дискомфорт	4	1	1	1	7 (8,3%)
5	Рубцовый стеноз анастомоза	-	-	1	-	1
6	Вегетоастенический синдром	4	-	-	1	5
	Итого	12 (23,5%)	2	2	2	18 (21,6)%

У абсолютного большинства больных 78,4% после органосохраняющих желудок операций с СПВ в отдаленном периоде не выявлено патологическое состояние. У 2,4% имеется рецидив язвенной болезни.

Сегодня результаты любых хирургических операций оцениваются по отдаленным результатам, основываясь на качестве жизни пациента. С этих позиций нами изучены полученные отдаленные результаты выполненных операций в разных группах больных.

Оценка качества жизни больных в отдаленном периоде

Полученные отдаленные результаты любых операций с позиции доказательной медицины, должны отражать качество жизни пациента. С этих позиций нами изучены отдаленные результаты по классификации Visick, опросник и DDQ – 15.

Таблица 9 - Оценка ИКЖФХК в отдаленные сроки (I – группа) перенесших резекционные операции на желудке

Результат	Средний показатель	Количество обследованных	
		Абс.	%
Отличный	116±3,5	2	3,1
Хороший	107±2,4	15	24,2
Удов-ый	95±5,3	27	43,4
Плохой	85±4,4	20	29,3
Итого		64	100

Основываясь на опроснике ИКЖФХК разработанном Н.М. Кузиным и Н.Н. Крыловым, а так же опроснике DDQ – 15, разработанном в центре болезней пищеварения Медицинского университета штата Южная Каролина (США) и по классификации Visick произвели оценку качества жизни в отдаленном периоде, сроки от 3 до 30 лет.

После резекционных операций (I – группа) в отдаленные сроки качество жизни определено у 64 пациентов и у 83 во II группе.

Индекс качества жизни (ИКЖФХК) состоит из 38 вопросов для оценки влияния язвенной болезни на функциональную активность, восприятие пациентом своего здоровья и благополучия, влияние симптомов болезни и последствий операции. В практическом плане применение ИКЖФХК представляет определенные трудности из – за большого количества вопросов, с этих позиций более удобен опросник DDQ – 15, предназначенный для определения качества жизни больных с заболеваниями желудочно – кишечного тракта. Он не содержит вопросов о наличии симптомов заболеваний пищеварительного тракта, т.к. был создан путем исключения незначительных для определения качества жизни пациентов с заболеваниями желудочно – кишечного тракта вопросов из более обширных опросников после проведения тщательных исследований.

Мы провели анкетирование всех 147 больных перенесших операции на желудке, по обоим опросникам и классификации Visick.

Согласно проведенным расчетам, среднее значение индекса DDQ – 15 для здоровых лиц составляет – 4,13, ИКЖФХК – 124,1±5,4 балла, а в группах с «отличными» и «хорошими» результатами операции следует относить с величиной индекса DDQ – 15 более – 3,41, ИКЖФХК – более 100 баллов.

В этой группе пациентов лишь у 27,3% пациентов отдаленные показатели качества жизни можно признать приемлемыми, в то время как у абсолютного большинства (72,7%) качество жизни нельзя признать хорошим. И лишь у 2 (3,1%) пациентов оно признано отличным.

Индекс качества жизни по DDQ – 15, в отдаленные сроки после операции у этих пациентов представлен в таблице 10.

Таблица 10 - Оценка качества жизни по DDQ – 15 в отдаленные сроки (I группа) перенесших резекции желудка.

Результат	Средний показатель	Количество обследованных	
		Абс.	%
Отличный	4,0±0,1	4	5,2
Хороший	3,7±0,2	17	27,3
Удов-ый	3,1±0,3	27	42,1
Плохой	2,5±0,2	16	25,4
Итого		64	100

Качество жизни по DDQ – 15 у больных перенесших резекции желудка близка по показателям качества ИКЖФХК.

Хорошее и отличное качество жизни выявлено у 32,5% пациентов. У большинства пациентов зафиксировано удовлетворительное качество жизни (42,1%) Следует отметить, что у абсолютного большинства (67,5%) пациентов качество жизни по DDQ – 15 нельзя признать приемлемым.

Таблица 11 - Оценка ИКЖФХК в отдаленные сроки (II – группа) перенесших органосохраняющие и органощадящие операции с ваготомией на желудке.

Результат	Средний показатель	Количество обследованных	
		Абс.	%
Отличный	116±3,5	28	33,8
Хороший	107±2,4	34	40,9
Удов-ый	95±5,3	16	19,2
Плохой	85±4,4	3	6,1
Итого		83	100

Отличные и хорошие показатели качества по ИКЖФХК получено у 74,7% пациентов в отдаленные сроки после ваготомии с органосохраняющим и органощадящим операциями на желудке. Удовлетворительные результаты получения у 19,2% пациентов. И у 6,1% результаты признаны плохими.

Таблица 12 - Отражены показатели качества жизни по вопроснику DDQ – 15 в отдаленные сроки среди пациентов перенесших органосохраняющие и органощадящие с ваготомией

Результат	Средний показатель	Количество обследованных	
		Абс.	%
Отличный	4,0±0,1	24	28,8
Хороший	3,7±0,2	38	46,2
Удов-ый	3,1±0,3	18	21,4
Плохой	2,5±0,2	3	3,6
Итого		83	100

У большинства пациентов 46,2% получены хорошие результаты качества жизни, отличные у 28,8%, удовлетворительные у 21,4% и лишь у 3,6% плохие. Для большей объективности полученных отдаленных результатов выполненных операций на желудке, нами они оценены и по классификации Visick (1948) – таблица 13

Таблица 13 - Отдаленные результаты резекционных и органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией.

Результат	I – группа (резекция желудка)		II – группа (органосохр+ваготомия)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отличный			60	72,8
Хороший	17	26,2	11	12,0
Удов-ый	33	52,0	9	11,6
Плохой	14	21,9	3	3,6
Итого	64	100	83	100

По данной классификации отличный результат означает - отсутствие жалоб и симптомов болезни, человек практически здоров. Хороший результат - пациент доволен операцией; трудоспособность полностью сохранена, однако при углубленном опросе выявляется наличие слабо выраженных нарушений пищеварения, легко контролируемые диетой.

Удовлетворительный результат – умеренно выраженные расстройства пищеварения, не оказывающие серьезного влияния на жизненную активность, но снижающие трудоспособность, больные нуждаются в периодическом лечении.

Плохой результат – определяются выраженные или тяжелые нарушения, инвалидизирующие больных и нарушающие трудоспособность. Больные нуждаются в регулярном лечении, включая хирургическое. Сюда относят все случаи рецидива язвы и другие тяжелые расстройства, приведшие к повторным операциям.

Секреторная функция желудка в отдаленном периоде, после резекционных операций.

Отдаленные результаты операций на желудке во многом зависят от состояния секреторной функции желудка. Функциональное состояние оперированного желудка играет важную роль в развитии пострезекционных и постваготомических осложнений, и на прямую влияет на качество жизни. В этой связи при изучении отдаленных результатов операций на желудке считаем необходимым оценить прежде всего его секреторную функцию.

В I группе больных (после резекционных желудок операций) в отдаленном периоде секреторная функция желудка изучена у 32 больных, следует отметить, что после резекции желудка, особенно после операции Гофмейстера – Финстерера получить достоверные показатели секреции желудка сложно. Во II группе больных (с органосохраняющими операциями с ваготомией) секреторная функция изучена у 40 пациентов (таб. 14)

Таблица 14 - Средние показатели кислотопродукции (ммоль в час) в зависимости от результата и метода операции желудка, в отдаленные сроки

Результат операции	Операция					
	резекция желудка			органосохраняющая С СПВ		
	обследовано	БПК	МПК	Обследовано	БПК	МПК
Отл.	2	1,88±0,34	10,14±0,66	10	1,68±0,27	11,13±0,43
Хороший	5	2,16±48	11,16±0,42	15	1,82±0,42	9,81±0,45
Удов.	12	1,11±0,16	8,24±0,18	12	1,21±0,62	8,01±0,34
Плохой	14	4,86±0,12	18,21±0,11	3	4,36±0,42	17,42±0,46
Всего	32			40		

У здоровых людей показатели БПК составляют 2 – 4 ммоль/ч; МПК 12 – 15 ммоль/ч

Результаты и их обсуждение: Непосредственные результаты резекционных методов хирургического лечения стенозирующих язв ДПК сопровождались более частыми осложнениями и наименее хорошими результатами по сравнению с органосохраняющими операциями с ваготомией.

Летальность после резекционных желудок операций составила 2,3%, после органосохраняющих с ваготомией летальных случаев не было.

Общее число послеоперационных осложнений (53,3%) наблюдалось чаще в группе больных перенесших резекцию желудка по сравнению с органосохраняющими (23,1%). После резекции желудка по Гофмейстеру – Финстерену и по Бильрот – I наблюдали несостоятельность швов с одним летальным исходом. В этой же группе больных у 5 развилась картина послеоперационного панкреатита, у 4-х средней степени тяжести средней степени тяжести, купированная медикаментозной терапией, у одного развился инфицированный панкреонекроз с летальным исходом.

Одним из характерных для операций на желудке послеоперационных осложнений является гастростаз. В группе с органосохраняющими операциями и ваготомией гастростаз развился у 4,8%, после резекционных операций - у 10,4%.

Из дренирующих желудок операций предпочтение отдавалось гастродуоденостомии по Финнею.

Наиболее сложным и пока не решенным вопросом язвенной болезни ДПК остается задняя пенетрирующая в головку поджелудочной железы язва.

В литературе предлагается, в основном, два варианта решения проблемы. При кровотечении – прошивание кровоточащего сосуда с выключением ДПК из пассажа, либо прошивание кровоточащего сосуда. При хронических пенетрирующих язвах, без кровотечения, предлагается выведение ее из ДПК, «абдоминализацией» с ушиванием дефекта задней стенки. Данная методика технически сложна, опасна в плане повреждения сосудов, холедоха, вирсунгиального протока и сложности закрытия дефекта стенки кишки.

По нашим данным сочетание пилородуоденального стеноза с пенетрацией язвы задней стенки ДПК наблюдалось у 34 (26,2%) среди больных с органосохраняющими операциями с ваготомией. При этом у 12 больных размеры язвы достигли до 2см. Следует отметить, что ни у одного из них, в анамнезе не отмечено кровотечение из язвы. Всем больным произведена широкая гастродуоденостомия по Финнею. При этом в 3-х случаях попытались затампонировать пенетрирующую язву сформированной «килью» - 3-мя швами по краю язвы. При контрольном эндоскопическом осмотре на 10-ые сутки место анастомоза у всех 3-х больных фиксировавшие «киль» к дну язвы швы оказались не состоятельными. В связи с этим в дальнейшем отказались от данной методики. Наш небольшой опыт лечения подобных больных показал, что при сочетании стеноза с пенетрацией в головку поджелудочной железы без признаков кровотечения достаточно выполнить ГДА по Финнею с СПВ.

Дуоденопластику выполняли по В.И. Оноприеву, при этом принципиальным считаем сочетание ее с СПВ. Таких операций выполнено 21. В ближайшем послеоперационном периоде в этой группе больных меньше всего осложнений.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 3 до 30 лет после операций

В I группе из 84 выписанных после резекций желудка в отдаленные сроки удалось обследовать 64 больных. Из них у 43 (67,2%) выявлены различные патологические состояния (таб.7) Рецидив язвы – 5 (7,8%), демпинг синдром средней степени – 7 (10,9%), желудочный дискомфорт – 14(22,6%) вегетоастенический синдром – 11 (17%) и железodefицитная анемия – 4 (9,4%). В этой группе только у 21 (31,3%) пациентов не выявлено патологических состояний.

В II группе перенесших органосохраняющие и органощадящие операции с ваготомией обследовано 83 пациента. У 18 (21,6%) из них (таб.8) выявлены различные патологические состояния. Рецидив язвы – 2 (2,4%), демпинг синдром – 2 (2,4%). Наиболее частым симптомом в этой группе был желудочный дискомфорт – 7 (8,3%). В этой группе имели одно серьезное осложнение в отдаленном периоде. У одной больной через 2 года после дуоденопластики, СПВ развился стеноз II – III степени анастомоза. При этом у нее не было рецидива язвы. Рубцевание анастомоза шло без язвенного процесса, в следствии технических погрешностей выполнения дуоденопластики. Этой больной выполнен гастродуоденоанастомоз по Финнею с хорошими отдаленными результатами в течении 12 лет.

Сравнение отдаленных результатов после Финнея (51) и дуоденопластики (21) по клиническим и рентгено – эндоскопическим критериям преимущество какой либо методики нами не выявлено в отдаленном периоде. Единственное, что отмечено, в первые 2 -3 года после операции заброс содержимого из ДПК в желудок чаще отмечается после Финнея. Через 3 года эта разница между дуоденопластикой и Финнеем не существенно.

Качество жизни после резекционных операций показано на таблицах 9 – 10 , у абсолютного большинства пациентов оно признано удовлетворительным и плохим(67 – 70 %).

В группе больных с органосохраняющими с СПВ качество жизни в отдаленном периоде у 74,7% признано высоким и у 21,4 удовлетворительным и плохим у 3,6%.

Полученные показатели кислотопродуктивной функции желудка в отдаленном периоде показали что у больных с отличными и хорошими отдаленными результатами было нормацидное состояние желудочной секреции, не зависимо от объема операции на желудке.

У больных с удовлетворительными результатами операции отмечено резкое угнетение секреторной функции желудка

И у больных с плохими результатами операции (рецидив язвы) выявлено повышение как в базальной фазе, так и в стимулированной фазе секреции.

Таким образом, у больных перенесших различные операции на желудке по поводу язвенной болезни, результаты операции в отдаленном периоде коррелируются с показателями желудочной фазы секреции. У больных с хорошими отдаленными результатами выявлено – нормацидное состояние

желудочной секреции. При плохих результатах, с рецидивами язвы, у всех выявлена гиперсекреция желудочного сока.

При этом, лучшие отдаленные результаты получены после органосохраняющих операциях с СПВ.

Выводы: Таким образом, на основании представленного выше материала можно предложить, что при стенозирующей язве пилородуоденального канала органосохраняющие операции с СПВ дают в абсолютном большинстве случаев хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Резекционные операции, по сравнению с органосохраняющими, у этой категории больных в функциональном плане патогенетически менее выгодны и должны выполняться по строгим показаниям.

Из дренирующих желудок операций при стенозе пилородуоденального канала наиболее предпочтительной является операция Финнея с СПВ.

При постбульбарном стенозе ДПК патогенетически наиболее обоснована дуоденопластика по В.И. Оноприеву с СПВ.

Литература

1. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П. и др. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия 2008г. №8 С. 44 – 48.
2. Дурлештер В.М., Дидигов М.Т., Ключников О.Ю. Способ бульбодуоденопластики при осложненной хронической язве задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2014. – № 4. С. 11 – 14.
3. Дурлештер В.М., Дидигов М.Т., Карипиди Г.К., Канксидис Я.В.. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 3 (138). – С. 54 – 57.
4. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Рудая и др.; НИИ гастроэнтерологии // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова 2005. № 3. С. 18 – 22.
5. Крылов Н.Н. Проблемы, которые не могут волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни // Вестник хир. гастроэнтерологии 2007г. №1 С. 25 – 30.
6. Кульчиев А.А., Елоев В.А., Морозов А.А. Место плановой хирургии в язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Научно-практический журнал «Хирург» №1 – 2014г. С.28 – 33.
7. Кульчиев А.А. Ваготомия при острых осложнениях пилородуоденальных язв // Диссертация, Владикавказ 1993г.
8. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005г. № 1. С. 58 – 64.
9. Николаев Н.О., Гришин С.Г., Багинский Е.М. Диагностика и хирургическое лечение гигантских язв 12 – перстной кишки // Хирургия 1988г № 5. С. 29 – 36.
10. Панцирев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах // М. Медицина. 1979г. С.160
11. Самсонов В.А. Язвенная болезнь. // Петрозаводск, 1975г.
12. Чернов В.Н., Долгарев С.О. Результаты лечения язвенной болезни методом радикальной дуоденопластики // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова 2013г. № 4 С. 48 – 54.
13. Чернооков Л.И., Горбунов В.Н., Столярчук Е.В., Нагиев Э.Ш., Рамишвили В.Ш. Выбор способа операции при осложненных гигантских пилородуоденальных язвах 2011г. Вестник хирургической гастроэнтерологии № 2 С. 31 – 35.
14. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Селективная проксимальная ваготомия // М.: ИздАТ, 2001г.

Түйін

А.А. Кулчиев, А.А. Морозов, Е.А. Перизаева

Солтүстік Осетия мемлекеттік медицина академиясы, Владикавказ, Солтүстік Осетия-Алания Республикасы

ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬДІ КАНАЛЫНДАҒЫ ЖАРАЛЫ-ТЫРТЫҚТЫ СТЕНОЗДЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

Зерттеуге вирустық пилородуоденальді стенозы бар науқастардың екі тобы енгізілді - асқазанның резекциясы және ваготомиямен органдарды сақтау операциясы аяқталғаннан кейін. Операциядан кейінгі кезеңде асқазан резекциясынан кейін әртүрлі асқынулар ваготомиямен органды сақтау операциялары ретінде екі есе жиі дамиды. Ұзақ мерзімді кезеңде ваготомиямен организмді сақтау операцияларын жасаған науқастардың 74,7% -ы жоғары, 21,4% қанағаттанарлық және нашар 3% деп танылды. Көптеген науқастарда (52%) рецепторлық операциядан кейінгі өмір сапасы қанағаттанарлық, 21,9% - қанағаттанарлықсыз болды. Ішінің ішектің стенотикалық жарасына SPV-пен органдарды

консервациялау операциялары көп жағдайда тез және ұзақ мерзімді нәтижелер береді. Астам асқазан операциясы патогенетикалық жағынан тиімді емес және қатаң көрсеткіштерге сәйкес орындалуы керек.

Кілт сөздер: пилородуоденальды стеноз, ваготомия, асқазанның резекциясы, асқинулар, органды сақтау операциялары .

Abstract

A.A. Kulchiev, A.A. Morozov, E.A. Perisaeva

North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, Republic of North Ossetia-Alania

SURGICAL TREATMENT OF THE RUBZOVA-ULCER STENOSIS OF THE PYLORODUODENAL CHANNEL

the study included two groups of patients with ulcerative pyloroduodenal stenosis - who underwent gastric resection and after organ-preserving operations with vagotomy. After gastric resection in the immediate postoperative period, various complications develop twice as often as organ-preserving operations with vagotomy. In the long-term period, the quality of life of patients who underwent organ-preserving operations with vagotomy in 74.7% was recognized as high, in 21.4% satisfactory and poor in 3%. The quality of life after resection operations in the majority of patients (52%) was found to be satisfactory, 21.9% - unsatisfactory. In stenotic ulcer of the duodenum, organ-preserving operations with SPV give in the vast majority of cases good immediate and long-term results. Resection stomach surgery is pathogenetically less beneficial and should be performed according to strict indications.

Key words: pyloroduodenal stenosis, vagotomy, gastric resection.

МРНТИ 76.29.34

УДК: 616.36-089.87

Ф.Г. Назиров, М.М. Акбаров, Е.М. Сайдазимов, М.Ш. Нишанов, Ю.У. Хакимов
ГУ “Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова”, г.Ташкент, Р.
Узбекистан

ПЕЧЁНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ КАК ПРОБЛЕМА И ЕЕ РЕШЕНИЕ

Резюме

Работа основана на ретроспективном анализе проведенных исследований у 133 больных с различными образованиями в печени, оперированных в отделении хирургии печени и желчных путей и отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии имени акад. В.Вахидова за период с 1992 по 2014 гг. Все больные были распределены на две группы: контрольная группа охватила период с 1992 года по 2009 год (n=81), основная группа характеризуется внедрением новейших резекционных технологий и охватывает период с 2009 по 2014 годы (n=52). Основным показанием для операции были объемные образования в печени у 124 больных (93,2%), среди которых преобладали гемангиомы печени – у 67 больных (50,4%).

Признаки печеночной недостаточности фиксировались нами преимущественно у больных, перенесших обширные резекции печени, в контрольной группе послеоперационная печеночная недостаточность (ППН) наблюдалась у 10 (23,3%) пациентов, из них у 4 (9,3%) больных в виде умеренной печеночной недостаточности, у 6 больных она проявлялась в виде клинически значимой выраженной печеночной недостаточности. В основной группе (n=33) ППН после обширных резекций печени имела место у 4 (12,1%) больных, из них у 2-х (6,1%) проявления её были тяжелыми. В группе пациентов, перенесших экономные резекции печени, признаки печеночной дисфункции или отсутствовали или наблюдались в минимальной степени. Лишь у 2 больных, оперированных на фоне диффузных изменений в печени, отмечены признаки умеренно выраженной печеночной недостаточности. Всего на 133 вмешательства, частота более или менее выраженной печеночной недостаточности, составила 12%. Основная доля этого осложнения приходилась на обширные резекции печени и составила 87,5%

Внедрение современных технологических средств в резекционную хирургию печени для снижения риска интраоперационной кровопотери в совокупности с лечением функциональной недостаточности гепатоцитов позволило снизить частоту специфических пострезекционных осложнений с 22,2% до 9,6%, летальности с 4,9% до 1,9%.

Ключевые слова: резекция печени, пострезекционная печёночная недостаточность, гепатосцинтиграфия

Актуальность проблемы: Растущая заболеваемость метастатическими и первичными новообразованиями печени, наряду с низкой резектабельностью (10-30%) является проблемой мирового масштаба и требует поиска новых путей повышения эффективности резекционных вмешательств, которые остаются единственным методом, позволяющим рассчитывать на излечение больного злокачественной опухолью печени или существенное продление жизни пациентов [1, 2, 5, 7].

В настоящее время обширные резекции (ОРП) остаются операцией выбора при злокачественных опухолях печени. Несмотря на большой арсенал методов лечения, направленных на расширение возможности выполнить обширную резекцию (артериальная и портальная эмболизация сосудов печени, эмболизация печеночных вен, различные режимы системной и региональной химиотерапии, двухэтапные вмешательства), существенного роста резектабельности первичного и метастатического рака печени не отмечается [3, 4, 6, 8-12].

В хирургическом лечении очаговых заболеваний печени уже многое достигнуто. Хорошо изучена внутриорганный архитектоника сосудисто-секреторных структур, внедрен в клиническую практику комплекс диагностических методов обследования больных с патологией печени, разработаны технические приемы анатомической резекции печени, установлены показания к различным хирургическим вмешательствам [2, 3, 9].

Развитию хирургии печени способствовали совершенствование анестезиологического пособия и интенсивной терапии, техники операций и методов остановки кровотечения. Однако и сегодня резекция печени остается сложной и рискованной операцией, что подтверждают высокий уровень осложнений и летальности.

Цель исследования: Провести анализ частоты послеоперационной печёночной недостаточности в резекционной хирургии печени.

Материалы и методы: Работа основана на ретроспективном анализе исследований 133 больных с различными образованиями в печени, оперированных в отделениях хирургии печени и желчных путей, и портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны республиканского специализированного центра хирургии имени акад. В.Вахидова в 1992 - 2014 г. Все больные были распределены на две группы. Контрольный период с 1992 года по 2009 год (n=81). Основная группа характеризуется внедрением новейших резекционных технологий в период с 2009 по 2014 годы (n=52). Основным показанием к операции были объемные образования в печени у 124 больных (93,2%), среди которых преобладали гемангиомы печени – 67 больных (50,4%) (табл. 1).

Среди всех оперированных больных доброкачественные опухоли диагностированы у 67 (50,4%), злокачественные опухоли у 62 больных (46,6%). У остальных 4 (3%) - паразитарные заболевания печени и метастазы злокачественных образований других органов – 4 и 3 больных, соответственно.

Из 133 больных 37 были лица мужского пола (27,8%), и 96 – женского (72,2%). Средний возраст больных составил 39,9±0,4 лет.

Таблица 1 - Нозологическая структура

Патология	Основная (n=52)		Контрольная (n=81)		Итого(n=133)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гемангиома	25	48,1%	42	51,9%	67	50,4%
Опухоли ЖП	2	3,8%	3	3,7%	5	3,81%
Гепатоцеллюлярная карцинома	12	23,0%	20	24,7%	32	24,01%
Холангиокарцинома	5	9,7%	7	8,64%	12	9,01%
Гемангиосаркома	5	9,7%	8	9,87%	13	9,77%
Эхинококкоз	1	1,9%	0	0,0%	1	0,75%
Альвеококкоз	1	1,9%	0	0,0%	1	0,75%
Метастазы в печень колоректального рака	1	1,9%	1	1,23%	2	1,5%
Всего	52	100,0%	81	100,0%	133	100,0%

Всем больным выполнены различные варианты анатомических резекций печени в соответствии с международной классификацией (Brisbane, 2000 год) (табл. 2).

В структуре резекционных вмешательств левосторонняя гемигепатэктомия (II, III, IV±I) (ЛГГЭ) выполнена 28 больным (21,1%); правосторонняя гемигепатэктомия (V, VI, VII, VIII) (ПГГЭ) - 40 больным (30,1%); правосторонняя расширенная гемигепатэктомия (IV, V, VI, VII, VIII) (ПРГГЭ) произведена 8 (6,0%) больным; левосторонняя латеральная бисегментэктомия (II, III) (ЛЛБСЭ) – 21 (15,8%); правосторонняя латеральная секторэктомия (VI, VII) (ПЛСЭ) – 16 (12,0%). Остальным 20 (15,0%) пациентам выполнены различные варианты сегментэктомий (СЭ).

Таблица 2 - Распределение больных по виду анатомической резекции печени

Вид анатомической резекции	Основная (n=52)		Контрольная (n=81)		Итого (n=133)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Левосторонняя гемигепатэктомия (II, III, IV±I)	12	23,1%	16	19,8%	28	21,1%
Левосторонняя латеральная бисегментэктомия (II, III)	7	13,5%	14	17,3%	21	15,8%
Правосторонняя латеральная секторэктомия (VI, VII)	5	9,6%	11	13,6%	16	12,0%
Правосторонняя гемигепатэктомия (V, VI, VII, VIII)	16	30,8%	24	29,6%	40	30,1%
Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия (IV, V, VI, VII, VIII)	5	9,6%	3	3,7%	8	6,0%
Сегментэктомия (IV; V; VI)	7	13,5%	13	16,0%	20	15,0%
Всего	52	100,0%	81	100,0%	133	100,0%

Результаты и их обсуждение: Признаки печеночной недостаточности развились преимущественно у больных, перенесших обширные резекции печени. В контрольной группе послеоперационная печеночная недостаточность (ППН) наблюдалась в 10 (23,3%) случаях. Из них в 4 (9,3%) случаях в виде умеренной печеночной недостаточности, в 6 в виде клинически значимой выраженной печеночной недостаточности. В основной группе (n=33) ППН после обширных резекций печени имела место у 4 (12,1%) пациентов. Из них у 2 (6,1%) её проявления были тяжелыми. У пациентов, перенесших экономные резекции печени, признаки печеночной дисфункции или отсутствовали или наблюдались в минимальной степени. Лишь у 2 (2/38) больных, оперированных на фоне диффузных изменений в печени, отмечены признаки умеренно выраженной печеночной недостаточности. Всего на 133 вмешательства, частота более или менее выраженной печеночной недостаточности составила 12% (16/133). Основная доля этого осложнения приходилась на обширные резекции печени (14/16) и составила 87,5% (табл. 3).

Таблица 3 - Частота пострезекционной печеночной недостаточности в группах сравнения

Вид анатомической резекции печени	Основная		Контрольная		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Обширные резекции	n=33		n=43		n=76	
Тяжелая печеночная недостаточность	2	6,1%	6	14,0%	8	10,5%
Умеренная печеночная недостаточность	2	6,1%	4	9,3%	6	7,9%
Все случаи ППН	4	12,1%	10	23,3%	14	18,4%
Сегментэктомии	n=19		n=38		n=57	
Тяжелая печеночная недостаточность	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Умеренная печеночная недостаточность	0	0,0%	2	5,3%	2	3,5%
Все случаи ППН	0	0,0%	2	5,3%	2	3,5%
ВСЕГО	n=52		n=81		n=133	
	4	7,7%	12	14,8%	16	12,0%

Функциональные показатели печени оценивали на основании комплекса биохимических показателей крови (общий белок, уровень альбумина, билирубина, аминотрансфераз). Исследование биохимических показателей крови в раннем послеоперационном периоде показало, что после резекций печени любого объема (от экономных до обширных и предельно обширных) отмечается кратковременное статистически значимое их повышение, что свидетельствует о некотором ухудшении функционального состояния печени в раннем послеоперационном периоде.

В контрольной группе в 1 сутки после операции показатели билирубина в среднем, почти в 2 раза были выше нормы ($39,2 \pm 2,3$ к 22 мкмоль/л); отмечались снижение белковых фракций крови (до $27,2$ г/л альбуминовой фракции и до $48,6$ г/л уровня общего белка), повышение уровня аминотрансфераз (АЛТ, АСТ). Нормализация показателей в контрольной группе происходила в среднем на 14 сутки после операции.

В основной группе в 1 сутки после операций отмечалась депрессия функции печени с менее выраженными изменениями биохимических показателей. Однако достоверное восстановление метаболизма печени отмечалось уже на 8-9 сутки, что, вероятно, связано с минимизацией интраоперационных факторов риска ППН (табл. 4).

Одним из наиболее часто встречающихся проявлений ППН является печеночная энцефалопатия (ПЭ) – комплекс обратимых симптомов нарушения работы головного мозга, связанный с нарушением детоксикационной функции печени.

В контрольной группе при обширных резекциях печени у 36 (83,7%) из 43 больных ППН осложнялась ПЭ. У 30 (69,8%) больных она протекала латентно или с минимальными проявлениями, а у 6 (14,0%) имела место клинически значимая форма. В основной группе частота ПЭ составила 54,5% (18/33). Клинически выраженная форма ПЭ в основной группе составила 6,1% (2 больных), латентная форма встречалась у 16 (19,7%) больных.

Таблица 4 - Динамика основных биохимических показателей в раннем послеоперационном периоде

Показатель	Основная группа			Контрольная группа		
	1 сут	5 сут	8 сут	1 сут	5 сут	8 сут
Общий билирубин мкмоль/л	$32,1 \pm 1,7^*$	$28,4 \pm 2,0^*$	$21,8 \pm 1,6^*$	$39,2 \pm 2,3$	$34,4 \pm 1,7$	$27,4 \pm 1,9$
Белок плазмы, г/л	$49,8 \pm 2,4$	$56,4 \pm 1,5^*$	$62,6 \pm 1,7^*$	$48,6 \pm 2,8$	$51,4 \pm 1,6$	$56,2 \pm 1,7$
Альбумин, г/л	$28,2 \pm 0,5$	$33,5 \pm 0,9^*$	$37,5 \pm 0,8^*$	$27,2 \pm 0,7$	$29,5 \pm 0,9$	$32,2 \pm 0,9$
АЛТ, ед	$159,4 \pm 11,8^*$	$112,4 \pm 10,5^*$	$65,4 \pm 11,4^*$	$198,1 \pm 14,2$	$178,5 \pm 12,5$	$121,0 \pm 11,8$
АСТ, ед	$131,8 \pm 9,4^*$	$98,5 \pm 8,6^*$	$57,5 \pm 8,1^*$	$167,9 \pm 10,6$	$131,5 \pm 11,2$	$88,6 \pm 9,4$
Нормализация показателей	$8,1 \pm 0,4$ сутки *			$14,2 \pm 0,5$ сутки		

Примечание: * достоверность различия показателей в основной и контрольной группах ($P < 0,05$)

Таблица 5 - Частота пострезекционной печеночной энцефалопатии в группах сравнения

Вид анатомической резекции печени	Основная		Контрольная		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Обширные резекции	18	54,5%	36	83,7%	54	71,1%
Латентная печеночная энцефалопатия	16	48,5%	30	69,8%	46	60,5%
Клиническая печеночная энцефалопатия	2	6,1%	6	14,0%	8	10,5%
Сегментэктомии	4	21,1%	14	36,8%	18	31,6%
Латентная печеночная энцефалопатия	4	21,1%	14	36,8%	18	31,6%
Клиническая печеночная энцефалопатия	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Все случаи ППЭ	22	42,3%	50	61,7%	72	54,1%

Примечание: количество больных в подгруппах приведено в таблице 2

В группе после различных вариантов сегментэктомий ПЭ наблюдалась у 18 (31,6%) больных: в контрольной - у 14 (36,8%), в основной - у 4 (21,1%). Во всех случаях проявления ПЭ носили латентный характер (табл. 5).

В динамике из 72 больных контрольной группы с различными проявлениями ПЭ на фоне консервативной терапии с поддержанием и стимулированием функционального резерва печени на 7 сутки удалось обратить

проявления клинически значимой ПЭ у 30 из 50 больных; то есть на 7 сутки у 20 больных (24,7%) ПЭ не была разрешена полностью.

В основной группе из 22 больных с проявлениями ПЭ стабилизация состояния на 7 сутки наблюдалась у 17 больных. В 5 случаях (9,6%) ПЭ на 7 сутки после операции не была разрешена полностью (табл. 6).

Таблица 6 - Динамика частоты ППЭ в группах сравнения

Стадия ПЭ	1 сутки		3 сутки		5 сутки		7 сутки	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Латентная печеночная энцефалопатия								
Основная группа (n=52)	20	38,5%	15	28,8%	7	13,5%	5	9,6%
Контрольная группа (n=81)	44	54,3%	34	42,0%	31	38,3%	18	22,2%
Клиническая печеночная энцефалопатия (I-III ст)								
Основная группа (n=52)	2	3,8%	1	1,9%	0	0,0%	0	0,0%
Контрольная группа (n=81)	6	7,4%	5	6,2%	3	3,7%	2	2,5%
Все случаи ПЭ								
Основная группа (n=52)	22	42,3%	16	30,8%	7	13,5%	5	9,6%
Контрольная группа (n=81)	50	61,7%	39	48,1%	34	42,0%	20	24,7%

Специфические осложнения ближайшего послеоперационного периода наблюдались у 31 (23,3%) из 133 оперированных больных. К этой группе осложнений мы относили печёночную недостаточность, внутрибрюшные кровотечения, желчеистечение, послеоперационное скопление асцитической жидкости, поддиафрагмальные абсцессы. К неспецифическим осложнениям отнесли острое нарушение коронарного кровообращения, плевропневмонии.

Наиболее серьезным осложнением раннего послеоперационного периода была острая печеночная недостаточность у 16 (12,0%) больных. Из них в контрольной группе - у 12, в основной - у 4 (7,7% и 14,8%, соответственно). Внутрибрюшные кровотечения возникли у 4 больных (у 1 - в основной группе и у 3 - в контрольной), что составило 3,0%. 2 больным контрольной группы потребовалась релапаротомия (1,5%). Желчеистечение со среза печени осложняло послеоперационный период в контрольной группе у 3 (2,3%) больных. В основной группе это осложнение не встречалось. Асцит как осложнение ППН наблюдался только в контрольной группе у 3 (2,3%) больных. Поддиафрагмальный абсцесс, для санации которого выполнялось чрескожное пункционно-дренажное лечение, выявлен у 1 (0,8%) больного в контрольной группы. Плевропневмония в раннем послеоперационном периоде выявлена у 3 (2,3%) больных. Острое нарушение коронарного кровообращения - у 1 (0,8%) (табл. 7).

У больных, перенесших резекцию печени, причинами летальности явились печёночная недостаточность и внутрибрюшное кровотечение. В группе больных (81), оперированных до внедрения современных резекционных технологий, (контрольная группа) летальность составила 4,9% (4 больных): 3 случаях вследствие прогрессирующей печеночной недостаточности, в 1 - на фоне неконтролируемого внутрибрюшного кровотечения. В основной группе летальность была связана с печеночной недостаточностью в 1 наблюдении (1,9%). Сводная летальность составила 3,8% (5 больных).

Таблица 7 - Сводная частота послеоперационных осложнений

Осложнение	Основная (n=52)		Контрольная (n=81)		Итого (n=133)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Печеночная недостаточность	4	7,7%	12	14,8%	16	12,0%
Внутрибрюшное кровотечение	1	1,9%	3	3,7%	4	3,0%
Желчеистечение	0	0,0%	3	3,7%	3	2,3%
Асцит	0	0,0%	3	3,7%	3	2,3%
Поддиафрагмальный абсцесс	0	0,0%	1	1,2%	1	0,8%
Острое нарушение коронарного кровообращения	0	0,0%	1	1,2%	1	0,8%
Плевропневмония	1	1,9%	2	2,5%	3	2,3%
Всего	6	11,5%	25	30,9%	31	23,3%

Проведено сравнение частоты послеоперационных осложнений при доброкачественных и злокачественных новообразованиях печени. Хирургические вмешательства при доброкачественных образованиях были произведены 71 больному. После резекций печени в контрольной группе различные осложнения встречались у 7 больных. У 6 - в контрольной группе, и у 1 - в основной (13,8% и 3,8% соответственно).

При оперативных вмешательствах по поводу злокачественных новообразований отмечается более сложное послеоперационное течение с высокой частотой осложнений, что обусловлено расширением объема и продолжительностью операций. Из 65 больных, оперированных при злокачественных образованиях, послеоперационные осложнения наблюдались у 21 (32,3%). Наиболее частым осложнением в этой группе была печёночная недостаточность (18,5%). В контрольной группе на 39 больных осложнения составили 41,0% (16 больных). В основной группе, учитывая совершенствование техники ведения больных, осложнения удалось снизить до 19,2% (5/26). В контрольной группе летальность составила 10,3%, в основной - 3,8%. Общая летальность составила 7,7% (5/65).

Средняя продолжительность стационарного лечения в группе контроля достоверно выше чем в основной ($P < 0,001$) $26,2 \pm 0,7$ дня. В основной группе этот показатель удалось снизить до $22,4 \pm 0,6$ дня. Продолжительность лечения в отделении реанимации - с $3,7 \pm 0,3$ до $2,4 \pm 0,2$ дня, послеоперационный реабилитационный период в отделении - с $12,7 \pm 0,6$ до $11,6 \pm 0,4$ дня. Этому способствовало совершенствование хирургической тактики и соответственное снижение тяжести послеоперационного периода.

Анализ факторов риска увеличения послеоперационных осложнений в совокупности с данными литературы позволили с 2009 года активно применять в хирургии печени современные методики интраоперационных резекционных технологий, тактический лечебно-профилактический алгоритм ведения больных в раннем послеоперационном периоде. Обобщая критерии формирования основной группы, можно выделить следующие особенности.

Исходное определение риска резекционного вмешательства на печени в зависимости от сопутствующего хронического диффузного процесса в печени; раннее включение специфических терапевтических мероприятий в периоперационном периоде.

Внедрение современных резекционных технологий в хирургию печени (хирургических аппаратов для ультразвуковой деструкции биологических тканей и электролигирования сосудов) с целью улучшения качества выполнения резекционного этапа и сокращения частоты интра- и послеоперационных осложнений; продолжительности операции.

Применение в раннем послеоперационном периоде разработанного тактического алгоритма медикаментозной поддержки для профилактики и лечения пострезекционных осложнений особенно с высоким риском развития или состоявшейся тяжелой функциональной гепатоцеллюлярной недостаточностью.

Среди основных специфических осложнений резекции печени ППН остается одним из самых сложных и непредсказуемых. Спектр этиологических факторов этого осложнения самый широкий. Основной среди них - объем планируемой резекции. Следует учитывать, что любые операции, особенно предельно большие анатомические резекции подразумевают удаление не только пораженной части органа, но и окружающей здоровой паренхимы в резецируемом анатомическом сегменте. Недостаток функционирующих гепатоцитов на период компенсаторной регенерации со стороны остаточной культы печени сопровождается развитием гепатоцеллюлярной недостаточности, продолжительность и выраженность которой зависят от скорости восстановления нормальной функции гепатоцитов. Не менее серьезное влияние на частоту и тяжесть ППН имеют такие факторы, как интраоперационная кровопотеря и длительность операции, специфические и общие осложнения, сопутствующая диффузная патология печени. Именно эти аспекты современной хирургии печени характеризуют ППН как основное осложнение, требующее своевременных мер профилактики и лечения.

Вывод: Оценивая современные возможности хирургической гепатологии, необходимо подчеркнуть, что накопление опыта хирургических вмешательств на печени предполагает наличие серьезной материально-технической базы, которая включает эффективный диагностический блок, высокую хирургическую оснащенность и возможности мониторинга пациентов в раннем послеоперационном периоде и отдаленные сроки.

Для предотвращения ППН необходима комплексная дооперационная оценка объема печени, ее анатомии и функциональных резервов.

Разработанный лечебно-профилактический алгоритм позволил снизить частоту ППН с 14,8% до 7,7% с достоверным улучшением ($P < 0,05$) показателей функциональной активности гепатоцитов на этапах ранней послеоперационной реабилитации и уменьшением периода их нормализации с $14,2 \pm 0,5$ до $8,1 \pm 0,4$ суток ($P < 0,05$).

Внедрение современных технологических средств в резекционную хирургию печени для снижения риска интраоперационной кровопотери в совокупности с разработанным тактическим алгоритмом профилактики и лечения функциональной недостаточности гепатоцитов позволило снизить частоту специфических пострезекционных осложнений с 22,2% до 9,6%, летальность - с 4,9% до 1,9%.

Литература

1. Багмет Н.Н. Метод водоструйной диссекции при выполнении резекции печени: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. М: РНЦХ РАМН 2003; 85.
2. Секачева М.И., Багмет Н.Н. Неоперабельный гепатоцеллюлярный рак: что делать? Врач 2009; 10: 2—5.
3. Скипенко О.Г., Шатверян Г.А., Багмет Н.Н. и соавт. Хирургическая гепатология в РНЦХ: от истоков в развитии //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2013; 2: 8-16.
4. Agrawal S, Duseja A, Gupta T, Dhiman RK, Chawla Y. Simple Organ Failure Count Versus Canonic Grading System for Predicting Mortality in Acute on Chronic Liver Failure. // J Gastroenterol Hepatol. 2014 Sep 23. doi: 10. 1111
5. Adam R. Chemotherapy and surgery: new perspectives on the treatment of unresectable liver metastases // Ann Oncol. – 2003. – № 14 (Suppl. 2). – P. 13-16.
6. Ali AH, Carey EJ, Lindor KD. Diagnosis and management of primary biliary cirrhosis. // Expert Rev ClinImmunol. 2014 Dec; 10 (12): 1667-78.
7. Lau W.Y. Hepatic resection for colorectal liver metastases / W.Y. Lau, E.C. Lai // Singapore Med J. – 2007. – Vol. 48. – № 7. – P. 635-639.
8. Palavecino M., Chun Y.S., Madoff D.C. Major hepatic resection for hepatocellular carcinoma with or without portal vein embolization: Perioperative outcome and survival // Surgery. – 2009. – Vol. 145. – № 4. – P. 399-405.
9. Neumann U.P. Seehofer D., Neuhaus P. The surgical treatment of hepatic metastases in colorectal carcinoma // Dtsch Arztebl Int. – 2010. – Vol. 107. – № 19. – P. 335-342.
10. Starzl TE. The long reach of liver transplantation. Exp Clin Transplant. 2013 Apr;11(2):87-92. PMID: 23577958.
11. Takayama T., Makuuchi M. Preoperative portal vein embolization: is it useful? J. Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2004. – Vol. 11. – № 1. – P. 17-20.
12. Zhou W.P., Lai E.C., Li A.J. A prospective, randomized, controlled trial of preoperative transarterial chemoembolization for resectable large hepatocellular carcinoma // Ann Surg. – 2009. – Vol. 249. – № 2. – P. 195-202.

Түйін

Ғ.Ғ. Назиров, М.М. Акбаров, Е.М. Сайдазимов, М.Ш. Нишанов, Ю.У. Хакимов
ГУ ” В.Вахидов Республикалық мамандандырылған хирургия орталығы”, Ташкент, Р. Өзбекстан

БАУЫРДЫҢ РЕЗЕКЦИЯЛЫҚ ХИРУРГИЯСЫНДА БАУЫР ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ ЖӘНЕ ОНЫ ШЕШУ

Жұмыстар бауырдағы және бүйрек хирургиясы бөлімінде және портальды гипертензия және хирургия бөлімінде операциядан өткен бауырдағы әртүрлі құрамы бар 133 емделушіге арналған Республикалық мамандандырылған орталықтың панкреодуоденальды аймағына арналған ретроспективті зерттеулерге негізделген. Академияның хирургиясы В.Вахидова 1992 жылдан 2014 жылға дейінгі кезеңде барлық науқастар екі топқа бөлінді: бақылау тобы 1992 жылдан 2009 жылға дейінгі кезеңді қамтитын (n = 81), негізгі топ соңғы реакция технологияларын енгізумен сипатталады және 2009 жылдан бастап 2014 жылға дейін (n = 52). Операцияның негізгі көрсеткіші 124 (93,2%) науқаста бауырдағы көлемнің қалыптасуы болды, оның ішінде бауыр гемангиомалары басым болды - 67 адам (50,4%).

Бауырдың жетіспеушілігінің белгілері негізінен бауырдың резекциясының кеңінен таралған науқастарында, бақылау тобында 10 (23,3%) науқаста операциядан кейінгі бауырдың жеткіліксіздігі (ППН) байқалды, олардың ішінде 4 (9,3%) науқас түрінде қалыпты бауыр жеткіліксіздігі, 6 науқаста ол клиникалық маңызды ауыр бауыр жеткіліксіздігі түрінде көрінді. Негізгі топта (n = 33) РРН 4 (12,1%) науқаста бауырдың үлкен резекциясы болғанда, оның ішінде 2 (6,1%) ауыр көріністері болды. Бауырдың экономикалық резекциясына ұшыраған науқастар тобында бауыр дисфункциясының белгілері болмады немесе кем дегенде байқалды. Бауырдағы диффузиялық өзгерістердің аясында жұмыс істеген 2 науқаста бауырдың орташа жеткіліксіздігінің белгілері байқалды. Жалпы алғанда, 133 араласу, ауыр немесе бауыр жеткіліксіздігі жиілігі 12% құрады. Бұл асқынудың негізгі үлесі 87,5% бауырдың үлкен мөлшерін қалпына келтіруге байланысты болды

Кілт сөздер: бауырдың резекциясы, кейінгі резекциялау бауыры, гепатосцинтиграфия, бауыр дисфункция, гепатоцеллюляр.

Summary

F.G. Nazirov, MM Akbarov, E.M. Saydazimov, M.Sh. Nishanov, Yu.U. Khakimov
GU “Republican Specialized Center for Surgery named. Acad. V.Vahidova”
Tashkent, Res. Uzbekistan

HEPATIC INSUFFICIENCY IN RESECTIONAL SURGERY OF THE LIVER AS A PROBLEM AND ITS SOLUTION

The work is based on a retrospective analysis of studies conducted in 133 patients with various formations in the liver, operated in the department of surgery of the liver and biliary tract and the department of surgery for portal hypertension and pancreatoduodenal area of the Republican Specialized Center of Surgery named after acad. V.Vahidova for the period from 1992 to 2014. All patients were divided into two groups: the control group covered the period from 1992 to 2009 (n = 81), the main group is characterized by the introduction of the latest resection technologies and covers the period from 2009 to 2014 (n = 52). The main indication for the operation was volume formation in the liver in 124 patients (93.2%), among which liver hemangiomas prevailed - in 67 patients (50.4%).

Signs of liver failure were recorded by us mainly in patients who underwent extensive liver resections, in the control group, postoperative liver failure (PPN) was observed in 10 (23.3%) patients, of them in 4 (9.3%) patients in the form of moderate hepatic failure, in 6 patients, it manifested itself in the form of clinically significant severe liver failure. In the main group (n = 33), PPN after extensive liver resections occurred in 4 (12.1%) patients, of whom 2 (6.1%) had severe manifestations. In the group of patients who underwent economical liver resections, signs of hepatic dysfunction were either absent or were observed to a minimum. Only in 2 patients operated on against the background of diffuse changes in the liver, signs of moderate liver failure were noted. A total of 133 interventions, the frequency of more or less severe liver failure, was 12%. The main share of this complication was accounted for extensive liver resections and amounted to 87.5%

Modern technological means in resection of the liver surgery to reduce the risk of intraoperative habits in the disarray of the peculiarities of the development of the uncomfortable habits of the disarranged habits of the unaffected habits of the unaffected habits of the unaffected habits of the unaffected habits of the dis- eminate havoca- racy of the habits of the unaffected by the development of the peculiarities of the development of the habits of the modern cognitive habits of the peculiarities of the peculiarities of the development of the peculiarities of the peculiarities of the peculiarities of the development of the habits of the modern cognitive habits, in the development of the peculiarities of the peculiarities of the peculiarities of the peculiarities of the development of the unaffected havoca-

Key words: liver resection, post-resection liver failure, hepatoscintigraphy, resection liver, portal hypertension.

МРНТИ 76.29.48
УДК -618.11-006-037

М.Е. Жантеев¹, К.В. Югай², Ж.А. Рамазанов¹

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

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТАДИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

Резюме

В статье приведены статистические данные по заболеваемости, смертности, стадии развития опухоли и 5 летней выживаемости больных раком яичников у женщин Туркестанской (ЮК) области РК. Отмечается улучшение качества медицинской помощи женщинам с данной патологией в плане ранней диагностики. Индикатором которого являются, такие показатели как, уменьшение одногодичной летальности и повышение 5 летней выживаемости. Учитывая данные исследования что все таки имеется незначительный рост чисел общей смертности и диагностирование больных в III стадии дают повод разработать механизмы повышения качества организации противораковых мероприятий, по выявлению опухоли в ранней стадии.

Ключевые слова: рак яичников, ранняя диагностика, 5 летняя выживаемость, стадии развития, летальность.

Актуальность проблемы; По данным ВОЗ и Международного агентства по изучению рака, в мире, ежегодно регистрируются около 160 000 новых случаев рака яичников. По частоте, рак яичников у женщин занимая 7-е место среди всех онкологических заболеваний а среди онкогинекологических и 3-е место. От последствий злокачественных опухолей этого органа более 100 000 женщин умирают. [1]

Средний возраст заболевших раком яичника равен 58 годам. Частота заболеваемости данной патологией в Японии, Австралии, Новой Зеландии и в Китае колеблется от 1 до 6 на 100 тыс населения[2].

Аналогичные показатели и в некоторых азиатских странах в Сингапуре 9,9, Брунее 8,80, в Армении 8,50, Индонезии 8,4 на 100 тыс населения и т.п[3].

В Украине 15-16 случаев а в Казахстане 9,70 соответственно. 5-летняя выживаемость больных зависит от стадии развития рака яичника; у больных с I стадией заболевания 5 летняя выживаемость составляет 75,2 %, со II стадией - 41,1 %, с III - 35,0 %, с IV – не более 17 % [2,4].

По литературным данным видно что в начальных стадиях рак яичников протекает практически бессимптомно и частота случайных находок рака яичников во время профилактического осмотра на УЗИ или осмотр врача-гинеколога составляет 2,6—15% случаев. У случайно обнаруженных больных 96% были муцинозной аденокарциномой яичников. У (22,6%) больных серозной цистаденокарциномой яичников никаких симптомов заболевания не было[4,5].

Учитывая того что успех лечения больных раком яичников зависит от стадии заболевания, основное усилие мед помощи больным должно быть направлено на раннюю диагностику. Успех ранней диагностики в основном зависит от онкологической настороженности и теоретической подготовленности врачей общего профиля (хирурги, терапевты, акушер гинекологи и т.д.) и врачей первичного звена [6,7].

Цель исследования – изучить ретроспективных данных, лечения и прогноза по раку яичников по Туркестанской области за 2013-2017 г.

Материал и методы исследования: При выполнении данного исследования были получены информации учетно-отчетных документов от стат отдела ГОЦ г. Шымкент. Для ретроспективного исследования получены данные за 5 лет (2013-2017 гг.). Заболеваемость раком яичников определялись дескриптивными и аналитическими методами. Экстенсивные и стандартизованные показатели заболеваемости, стадию развития опухоли вычислены и определены по общепринятой методике, применяемой в медико-биологической статистике. Показатели заболеваемости рассчитаны на 100 000 соответствующего населения. Динамика показателей по раку яичников изучена за 5 лет.

Результаты и их обсуждение: За 2013-2017 годы впервые выявленных случаев рака яичников у женщин Туркестанской (ЮКО) области было 512. Если разбить по годам то несколько возрос в 2013 г 3,6 на 100 тыс населения, а 2017 г 3,7 на 100 тыс соответственно. Статистические данные по раку яичников исследуемых отражены в таблице 1.

Таблица 1 - Качественные показатели рака яичников по Туркестанской (ЮК) обл. за 2013-2017 гг. (заболеваемость, стадии развития)

№	Годы	Заболеваемость		Стадия развития					
		абс.ч	На100 тыс	I-II	%	III	%	IV	%
1	2013	98	3.6	35	35.7	43	43.8	20	20.4
2	2014	104	3.8	31	29.8	57	54.8	16	15.3
3	2015	103	3.6	37	35.9	56	54.3	10	9.7
4	2016	100	3.5	27	27.0	60	60.0	11	11.0
5	2017	107	3.7	43	40.1	60	56.0	4	3.7

Удельный вес больных с начальной I-II ст заболевания с 35,7% в 2013 г постепенно возрос до 40% в 2017 г. Аналогично III ст 43,8% в 2013 г. Возрос до 56% в 2017 г. А больные с IV ст наоборот снизилось 20,4% до 3,7% соответственно. Анализируя средние статистических данных по стадиям заболевания, у больных зарегистрированных впервые за 2013-2017 г.г. можно выявить незначительную динамическую тенденцию в пользу ранней диагностики (показатели I-II и IV ст.) хотя больные с III ст заболевания обращались в 2017 г на 12% чаще.

Сопоставляя данных следующей таблицы можно делать выводы что одногодичная летальность больных за 5 лет снизилось с 29,5% 2013 г до 16,0% в 2017 г. хотя смертность и болезненность имеют несколько возрастающую тенденцию. Например смертность на 100 тыс населения вырос с 1,2 в 2013 г до

1,7 в 2017 г. а болезненность с 17,8 чел на 100 тыс населения до 20,3 соответственно. 5 летняя выживаемость в динамике с возрастающей тенденцией. 2013 г всего 46,5% больных выживал 5 летний рубеж то 2017 году таких больных стало 51,6%. Табл 2.

Таблица 2 - Качественные показатели рака яичников по Туркестанской (ЮК) обл. за 2013-2017 гг. (одногодичная летальность, смертность, 5 летняя выживаемость)

№	Одногодичная летальность		смертность		болезненность		5 летняя выживаемость	
	абс.ч	%	абс.ч	на 100 тыс	абс.ч	100 тыс чел	абс.ч	%
1	26	29.5	33	1,2	473	17,8	220	46,5
2	20	20.4	34	1,2	503	18,5	243	48,3
3	24	23.0	60	2,1	528	18,7	263	49,8
4	20	19.4	55	1,9	538	19,1	276	51,3
5	16	16.0	51	1,7	581	20,3	300	51,6

Выводы: Таким образом, изучая статистических данных заболевших и получивших больных раком яичников по Туркестанской (ЮК) области за 5 лет можно установить нижеследующие

1. Динамика заболеваемости рака яичников по Туркестанской области в с незначительным ростом 35,7 на 100 тыс населения в 2013 г. до 40,1 в 2017 г.

Выявляемость в зависимости от стадии развития опухоли: в начальных I-II стадиях развития заболевания, выявляемость с улучшением с 35,7% в 2013 г до 40% в 2017 г.

Наоборот обнаружение в IV ст. развития снижается 20,4% до 3,7% соответственно

На фоне обще нарастающей болезненности населения области 17,8 на 100 тыс в 2013 г. до 20,3 на 100 тыс в 2017 г. Одногодичная летальность уменьшается- с 29,5% 2013г до 16,0 в 2017 г. Нарастает число проживших 5 летний рубеж после диагностирования заболевания с 46,5% до 51,6% соответственно

Учитывая тот факт что нарастание число обратившихся больных с III стадией развития и показателей общей смертности заставляют думать о необходимости повышении качества организации противораковых мероприятий, по выявлению опухоли в ранней стадии.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г./ М.: Издательская группа РОНЦ, 2014. — 226 с.
2. Клиническая онкогинекология: руководство для врачей / Под ред. В. П. Козаченко. - М.: Медицина, 2005. - 378 с.
3. Куанышкалиева А.Н., Игисинов Н.С., Тургамбаева А.К. Этнические особенности заболеваемости при раке яичников в Казахстане. Журнал "Медицина" №5, 2016 г.
4. Карапетян В.Л. Особенности течения серозной цистадено-карциномы яичников у больных репродуктивного возраста. В кн.: I Международный конгресс по репродуктивной медицине. Москва 8—12 июня 2006. Сборник тезисов. М.; 2006: 124.
5. Никогосян С.О., Жордания К.И., Кедрова А.Г., Панченко И.В. Рак яичников. В кн.: Давыдов М.И., Кузнецов В.В., ред. Лекции по онкогинекологии. М.; 2009: 260—88.
6. Никогосян С.О., Каирбаева М.Ж., Козаченко В.П., Жордания К.И., Кузнецов В.В. Хирургическое лечение рака яичников. В кн.: Горбунова В.А., ред. Диагностика и лечение рака яичников. М.; 2011: 87—117.
7. Никогосян С.О., Кузнецов В.В. Рак яичников: вопросы диагностики и современные методы лечения. Врач. 2010; 9: 16.

Түйін

М. Е. Жантеев¹, К.В. Югаи², Ж.А. Рамазанов¹

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
Қалалық онкологиялық диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

АНАЛЫҚ БЕЗ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ӘРТҮРЛІ САТЫЛАРЫНДАҒЫ КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ БОЛЖАМЫ

Мақалада Түркістан (ОҚ) облысы тұрғындары арасында кездесетін аналық без қатерлі ісігінің статистикалық берілімдері, оның жиілігі, өлім деңгейі мен 5 жылдық өміршеңдігі зерделенген. Жалпы осы аурумен науқастанған әйелдерге көмек беру сапасының біршама артқандығы көрінеді. Оның көрсеткіші ретінде ісіктің ерте анықталу санының артуы мен 5 жылдық өміршеңдік көрсеткішінің

жоғарылауын алсақ болады. Жалпы өлім көрсеткіші мен ісіктің III сатысында анықталу жиілігінің де біршама артуы, ауруды ерте сатыларында анықтау мәселесін әлде де жетілдіру керектігін көрсетеді.

Кілт сөздер: аналық без рагы, ерте диагностика, 5 жылдық өміршеңдік, даму сатысы, өлім.

Summary

M.E. Zhanteev¹, K.V. Yugy², Zh. Ramazanov¹

South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan
City Oncology Center, Shymkent, Republic of Kazakhstan

CLINICAL AND PATHOGENETIC FORECAST FACTORS WITH DIFFERENT STAGES OF OVARY CANCER

The article presents statistical data on the incidence, mortality, stage of tumor development and 5-year survival of patients with ovarian cancer in women of the Turkestan (S) region of Kazakhstan. There has been an improvement in the quality of care for women with this pathology in terms of early diagnosis. Indicators of which are indicators such as a decrease in one-year mortality and an increase in 5-year survival. Considering the research data, there is still a slight increase in the number of total mortality and diagnosing patients in the III stage give a reason to develop mechanisms to improve the quality of the organization of anticancer measures to detect the tumor in the early stage.

Key words: ovarian cancer, early diagnosis, 5-year survival, developmental stages, mortality.

MPHTI 76.29.48
UDC 616-613.816.84

Tazhybaeva K.N. 1,2, Yugy K.V. 1, Myrzahmetov R.T1., Tasbaltayeva D.T. 1

GKKP " City Cancer Center " Shymkent. The Republic of Kazakhstan.
South-Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, The Republic of Kazakhstan.

THE EFFECT OF BAD HABITS ON CANCER IN THE TURKISTAN REGION

Abstract

Scientific research revealed the prevalence of smoking and drinking, after confirmation of the diagnosis "cancer" in the able-bodied patients in the South Kazakhstan region. A cross-sectional study in clinics SKO. The sample included 1696 able-bodied patients consisting on the dispensary in the CCC (City Cancer Center). Results are presented as absolute and relative values. Shares were calculated with 95% confidence intervals (CI).

It was identified that 43.1% (95% CI: 40,78-45,53%) patients smoked cigarettes, and 28.7% (95% CI: 26,64-30,98%) patients used alcohol. Of these, (180) 10.6% - patients smoked and consumed alcohol. After a cancer diagnosis, 9.9% (95% CI: 7,8-12,2%) replied that due to the illness completely given up smoking. Increased smoking 2.5% due to illness, and the remaining 9.3% (95% CI: 45,6-53,0%) patients continued to smoke at the same pace. Cause 19.2% of patients linked smoking surrounding their people, 6.9% of the patients explained with stressful situations connected with disease

Alcohol consumed 28.7% of patients. Fully declined 1.0% patients on alcohol. Reduce the consumption of alcohol 19,3% but not completely abandoned. The men had not to drink alcoholic beverages 2.2% began to use after confirmation of a malignant diagnosis. Before and after confirmation of the diagnosis of the most common cause of alcohol for women and men, 32.4% were holidays. After confirmation of the diagnosis of malignancy in second place among women 3.3% alcohol in a medical using purposeful, and men consumed due stress related diagnosed cancer.

After confirmation of the diagnosis of cancer, patients who had not consumed alcohol started to get involved in more of them men than women met the more often. Among women smokers and drinkers breast cancer, esophageal cancer, leukemia and cancer of the thyroid gland. In men rectal cancer, oral cancer, lungs cancer, prostate and testicular cancer were more common than in patients not subjected to bad habits.

Keywords: cancer, able to work age, smoking, alcohol.

Introduction. Patients with malignant tumors and malignant tumors continue to use cigarettes and alcohol. As is evident by American researchers, 40% of patients with a confirmed diagnosis continue to smoke [9]. Consumption and consumption of alcohol diminish the do not risk of cancer, increases the relief of recurrence and decreases the survival of life [10]. Many patients are exposed to malignant tumors at the time of the cooks

and alcohol, and most people are suffering from the difficult work of these people. However, bad habits to type, location and contraction of the shell tissue [8].

Everyone with a diagnosis of malignant tumors is seriously involved with psychological problems. Diagnosis, severe treatment may be a cause for mild to moderate social and psychological adaptation of patients and exhaustion of life.

E. Kevler-Ross describes the psychological state of a great human being, passing through five stages. Generally speaking, "strategies of transition" are used to explain the mechanisms of psychic reactions in the aorta. The concept of a strategic transformation is based on the fact that the act of differentiated action is directed to the stressfulness of the human condition.

E. Heim studies oncologic patients and delivers 26 types of strategical findings [3].

The author is divided into 3 basic groups, in the context of which the development strategies are based, and their adaptability to their adaptability. Hope, adaptive transformation, emotional transformation. Some authors think that patients, who are not infected by a group, often choose alcohol, narcotics and tablets to quit psychological stress [3].

Furthermore, a group of researchers puts "chemical composure" on the use of emotional stress in patients with salivary chemotherapy, chemotherapy [1].

T. In Costa Clara 's research, it is ten good things to use with the use of alcohol and disincentive. The author has discovered that alcoholism is most commonly encountered by patients with poor, but with a negative attitude to the future. Problems of long - term research are required [5]. N. Parsons and co-founders have discovered that alcohol abuse is most commonly encountered in patients with palliative care when drinking alcohol [1]. In Uganda, in Mbarara District, there was a study on the definition of alcohol intoxication and alcohol consumption. Selection (N 913) includes adults in the age of 30 years and older. In a group of 13% of patients used cigarette and alcohol. According to the authors, these additions are one of the fundamental principles of modern innovations [7]. If the person is using 120 g. and more than just a pure alcohol, it is proven that 101 times the cancer of the esophagus is higher than those consumed by alcohol. It has also been found that the UF is significantly enhanced. Continuing use of alcohol and conjugate rhizome may lead to pain, rhiz or therapeutic therapy and can accelerate the increase in the incubation [1]. Expensive survival of oncologic patients with alcohol consumption makes up to 5 years, ie. The death toll was higher [4]. K. Do. The authors of the other authors [9] reported that patients with 14 - minute sweets were occasionally increasing their fibrillation with second - tails up to 50%, even if the results of the treatment were found to be vernacular. He also tried to smoke cigarettes with the diagnosis in the Center of National Research and Health NHANES. Analysis indicates that the consumption of alcohol and alcohol consumption after the diagnosis occurs in the Latino American women [6,10]. When patients start using oncological help, they are suffering from stress. According to the authors of the word, the conjuncture presupposes that the use of alcohol can be used for adaptation to the condition, but research has revealed the weakness of the communion. So, what is the question of sociological research?

Hypothesis: After the diagnosis of illnesses of the new generation of patients, the work of the laborers and the consumption of alcohol are exacerbated. In the experimental studies, the level of alcohol consumption and malnutrition is poorly investigated after the diagnostics of malignant neovascularization of patients in the labor market. The fact is that the fact that patients are poorly researched, we have been stating that our research.

Materials and Methods: One-to-one horizontally regional regional oncologic center (Real) and South-Kazakhstan region (SKR) polyclinic (The number of patients registered in dispensary 11,000 out of 2015-2016). We examined the consumption of alcohol and consumed alcohol among 1696 patients with a working end. There was an anonymous questionnaire, an experimental method. The trial was held on February 1, 2015 by May 25, 2016. The study absorbs the range of 18-62 in patients who have suffered from N1669 patients. After the diagnosis of cancer was detected in absolute and relative counts, the distillation rate was 95% C and was calculated. The results of the review of the results of medical examination of the medical statistics [2].

In the study, 52 semi-specific questions were counted in the following cases: the subject, the heredity, the race, the ethnicity, the social and material support, the profession, the education, the guilty, the cancerous rake, the risk factor, the health condition, the health, the order of the order meal, the chronological impetus And adolescents' health care, regional oncology center, in the organization of clinical trials.

Respondents respond to questions such as: age, welfare, race, ethnicity and education. In the diagnosis, patients were diagnosed with their own name and the location of the typhoid. The ICD-10 diagnostic cases were classified in classification ICD-10. Patients of diagnostics are broad-spectrum, and cancer-related epilepsy is a common cause for the patient to get information on the condition that we can not detect.

There was a problem with alcohol and cure. Questions have been used in previous research. There are the following questions in the answer: "Do you smoke?" Reply "не" or "нет". It's just a question, "How long is it?", Variant responses: "... 1 года до 2 лет от 5 до 10 лет 10 лет до 15 лет 15 лет до 20 лет." Next question, "was diagnosed with cancer after a bowl Answered: "Yes and no", increased to minimize, as well as the main reasons

for not understanding the question "Steep. Answers :? Parents, people all over the world use cropping, psychological stress, and stress.

In response to the question of drinking alcohol abuse, the following questions were asked: "Do you use alcohol?" "No or no". The next question is: "Every day, do you drink alcohol?", Reply: "every day, several times a week, a few weeks, a month in months, several times a month in the months of the festive season" Next question: "Are you drinking alcohol with cancer?": "Well, no, do not worry about me, and I'm worn out." For the sake of determining the consumption of alcoholic drinks, "There are no basic benefits of drinking alcohol": "No prenatal, pacemakers, stressful conditions, pervasive free time, people with their own illnesses."

Criteria include: Patients with a well - educated, registered OOD clinic, mentally healthy. Players YuKO.

Criteria are available: residents are in another region, children with pediatric births and children, orphaned.

Results: 1669 patients (604) 36.2% (95% of ID: 33.92-38.52%) were female and 63.8% (+1065) were female (95% DI: 61.48 - 66, 08%). The average term of the inquiry is 49 years. There were identified 1669 patients (720 patients), 43.1 per cent (95 per cent PE: 40.78-45.53%), (949) 56.8 per cent (95% DI: 54.47-59.22%), Smoking Not interested. (480) patients used 28.7% alcohol (95% DI: 26.64-30.98%). (1189) 71.2% (95% DI: 69.57- 73.89%) or used alcohol.

(276) -38, 3% (95% DI: 34) Percentage of Patients with Respiratory Disease (N720) (71) 9.9% (95% DI: 7,8-12,2%) Percentage of patients (35%): 49.3% (95% DI: 45.6-53.0%) Percentage of patients decreased by 2.5% (95% 1, 5-3.2% of patients CI :) increased after the diagnosis of the illnesses of the novelty.

In total, patients with alcohol intoxicants (1192) 71.4% (95% DI: 69.2-73.5%) with all using alcohol (127), 7.6% (95% DI: (322) 19.3% (95% of DI: 17.4% -21.2%) were prescribed alcohol consumption (6.4-8% (95% DI: 06-1.6%) with alcohol diagnosis after diagnosis Up to diagnosis, but not allowed to smoke. (14) 0.8% (95% of DI: 03-11.0%) were injected with alcohol after the diagnosis was made. Among the respondents, 1,065 women were 68.2% or 381 (351%) of cigarette smokers (95% of ID: 32.9-38.8%). The latter is associated with 19.2% of all people (74%) and 74 (6.9%) have a stressful situational relationship. Parents breed home households with bowl (54) with 5.1%. No use of tablets (49) 4.6%. The average age for a woman is 47 years, and the average longevity is 5 to 10 years.

Pregnancy cuts, (135) 12.7% (95% DI: 10.8-14.9%) Cigarette smoking (51) 4.8 (95% DI: 3.6-6.2%) Cigarette smoking 186), 17.5% (15.3-19.9%) were consumed by the use of tablets, (9) 0.8% (95% DI: 0.4-016%) increased the rate of freezing.

My man lived in mid-52 years. In medium sized cigarettes comprise 5 to 20 years. Men and women with diarrhea and diarrhea have the following diagnoses: male gonorrhea, rotten beak, bug and cancerous stomach. Patients with cerebrovascular palsy (20) 3.3% (2.15-5.1%) were prurited. (161) 28.0% (95% of ID: 24.5-31.6%), 9) 1 (141) 23.3% (95% of IDs: 20.1-26.8%), Continuing Curves , 5% (95% of DI: 0,7-2,8) - increase in diminution.

The number of drinking alcohol consuming alcohols was 480 (28.8%) (95% DI: 26.7-30.9%). The proportion of women is 236 (49.1%) (95% of DI: 44.7-53.6). According to the most frequently used alcohol drinks (166), 34.5% (30.4-38.9%) were found to be consuming alcohol in celebration days. The number of women who used the month (7) was 1.5% (95% of DI: 0.7-2.9%). Approx. Equal to one month (22) 4.5% (95% of DI: 3.0-6.8%). Multiple times (20) 4.1% (95% of DI: 2.7-6.3%). Applied to single-time (15) 3.1% (95% of DI: 1.9-5.1%). Intentional use (6) 1,3% (95% CI: 0,5-2,7%). The basic benefits of drinking alcohol use are as follows (194): 40.4% (95% DI: 36.1-44.8%). In the follow - up follow - up (16) 3.3% (95% DI: 2.0-5.3%) washed out of the bone marrow (female patients treated at the hospital). As part of the partner (13), 2.7% (95% of DI: 1.5-4.5%) said that they would use alcohol. Follow-up diagnosis (13) 2.7% (95% DI: 1.5-4.5%). Drink Alcohol. According to the survey, the use of alcohol after the use of alcohol (2,2), 2,2% said that the women had been aborted. Consumption of alcohol (26) has continued to 5,4%. (196) Screw the alcohol consumption of 40.8%. (3) 0.6% have a history of abuse of alcohol.

The men (244) used 50.8% (95% DI: 46.3-55.2). The frequency of drinking alcohol consumption in men (154) consisted of 32.0% (95% of ID: 28.0-36.3%) in celebration days. Approximately five percent (15) 3.1 percent (95 percent DI: 1.9-5.1 percent). Approximately one month in the month (8) used 1.6% (0.8-3.2%). (26%) 5.4% (95% of ID: 3,7-7,8%) and one-time (34) 7,0% (95% of ID: 5,1-9,7%), A (7) 1,4% (0,7-2,9%) married men with a slim dose of alcohol.

The basic consumption of alcohol (196) is 40.8% (95% of DI: 36.5-45.2%). In the second half of the year (23) 4.7% (95% of DI: 3.2-7.0%) were told that they would use alcohol in their counterparts. In patients with alcoholic alcohol consumption (8), 1.6% (95% DI: 0.8-3.2%) were registered. Diagnosed Discussion: The patients were diagnosed with cancer to determine the extent of alcohol consumption and the consumption of alcohol in a few minutes of percutaneous research. 36.2% of patients (95% of ID: 33.92-38.52%) were men and 63.8% (95% of DI: 61.48 - 66.08%) were female. (NHANES) in the United States of America, research has been conducted, diagnosed after diagnosis, and the consumption of alcohol for the consumption of alcohol among Latino Americans [4].

During the interview, N 1065 women received 12.7% (95% of the DI: 10.8-14.9%), the tablets linked with the tongue or tempus were 0.8% (95% DI: 0.4 -016%) increase. Patients with dementia are women, ribs, esophagus, lymphoid leucosis, and malignant tumors of the shingles, or to scratch, to look at the females. Of the 93,6% (N 2938) transposed to the United States, they were diagnosed with cancer), patients were prolonged after the treatment, 83 percent of the patients used the bowl daily. The most common type of diagnosis of cancer of the bladder cancer (17.2%) and cancer (14.9%) was reported [10]. Korea, the study of the termination of the female population (N802), suggests that the development of the rosin shchitovidoj jelly by woman [6].

Emory Rollins has been diagnosed with cancer in the University of Roche, who have been diagnosed with prostate cancer (17.2%), acne (14.9%) and cancerous ovaries (11.6%), are identified separately [9]. Additionally, 5,4% of alcohol patients were consumed and increased by 0,6%. Rane or Alcohol, but after the diagnosis of malignant neoplasms nor patients who used alcohol. The ratio of men who contracted, compared to those with an increase of 1.5% (95% DI: 0,7-0,28). Alcohol consumption is on the level of 22.2%. Treatment of Central Europe (No. 876), gastrointestinal and gastrici and diarrhea patients Patients with alcohol have found that more than three men were immune to the development of the second perforated thoracic cavity [9].

In patients with alcohol, 28.8% (95% DI: 6.4-8.9%) patients admitted to alcohol, 0.8% (95% DI: 03-11.0%). Alcohol use after diagnosis, Consumption of alcohol. According to published research, 34-57% of patients have been using alcohol for prolonged use [9]. They say that two and a half doctors are using cigarettes and alcohol to exploit the cancerous cancer. In addition, patients with poorly administered patients are inadequate, leading to a survival of 5 years.

Output:

1. The South Kazakhstan region, with the poorest patients with diagnosed diabetes mellitus after consumption and consumption of alcohol patients.

2. The use of alcohol drinks, which are not intended to be infected, often chewed, and more often.

3. Use of cosmetic and alcohol additives for women with sugar cane, esophagus, lymphoid leukemia and malignant tumor pelvic jaw, direct jaundice, prostatitis, rta, earpipe with rubella gallbladder frequent infections, and patients for Satpaeva.

Recommendations: 1. The high risk of reducing the consumption of alcohol and the use of alcohol degraded by the effects of high-risk research suggest that the treatment will lead to recurrence of recurrence, will reduce the survival of the 5-year survival. Patients, especially those who have cancer, doctors, nurses at OOD 1 times in the week

Unable to educate patients to get rid of infections and propagandize them.

References

1. Аверьянова С.В. Алкоголизм как проявление неадаптивного копинга у онкологических больных/ Л.З. Вельшер// Российский медицинский журнал.- 2013. С.40-42
2. Гржибовский А.М. Доверительные интервалы для частот и долей // Экология человека.- 2008. С. 57-60
3. Кюблер-Росс Э. О. Смерти и умирании/ Пер. с англ. Киев. София.- 2001.
4. Bethesda M.D. Cancer Trends Progress Report 2011/2012. Update NCI, NIH, DHHS// (Available from: <http://progressreport.cancer.gov>).- 2014.
5. Kostaras T., Alcoholism and hopelessness in male patients with diagnosed lung cancer/ A.Tselebis, D. Bratis // Encephalos.- 2011. Pp.103-107. 103-7.
6. Myung S.K. Risk Factors for Thyroid Cancer/ C.W. Lee, J.Lee, J. Kim, H.S. Kim// Cancer Res Treat.- 2016. P.10.
7. Okello S. Population attributable fraction of Esophageal squamous cell carcinoma due to smoking and alcohol in Uganda/ C.Churchill, R. Owori, B. Nasasira, C. Tumuhimbise, C.L. Abonga, D. Mutiibwa, D.C. Christiani, K.E. Corey//J. List BMC Cancer/-V.16 Pp.494-693
8. Tseng T.S. Who tended to continue smoking after cancer diagnosis/ H.Y Lin, S. Moody-Thomas, M. Martin, T. Chen // BMC Public Health.- 2012. P.784.
9. Westmaas J. L. Prevalence and Correlates of Smoking and Cessation-Related Behavior among Survivors of Ten Cancers/ I. Kassandra, I. Alcaraz, D. Kevin // Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention.- 2014. Pp23-36.
10. Warren G.W. Smoking at diagnosis and survival in cancer patients/ K.A Kasza, M.E. Reid, J. Int. Cancer.- 2013. P.10.

Түйін

Тәжібаева Қ.Н. 1,2, Югай К.В. 1, Мырзахметов Р.Т1, Тасбалтаева Д.Т. 1

«Қалалық онкологиялық диспансер» МККП. Шымкент, Қазақстан.

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент, Қазақстан

ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ҚАЗАҚСТАН
РЕСПУБЛИКАСЫ

Оңтүстік Қазақстан облысында қабылданғандығын дәлелдеді. ОҚО клиникаларында бойынша зерттеу жүргізілді. Үлгі CCC (City Cancer Center) -де жұмыс істейтін N1696 науқастарды қамтиды. Нәтижелер абсолютті және салыстырмалы мәндер ретінде ұсынылады. Акциялар 95% сенімді аралықпен (CI) есептелді.

Пациенттердің 43,1% -ы (95% CI: 40,78-45,53%) темекі шегетіндер, ал 28,7% (95% CI: 26,64-30,98%) алкоголь қолданған. Оның ішінде (180) 10,6% - пациенттер ысталған тағамдар және алкогольді тұтынған. Зерттелгендердің 9,9% (95% CI: 7,8-12,2%) рак диагностикасына оң жауап алынды. Шылым шегудің 2,5% ауруға байланысты және қалған 9,3% (95% CI: 45,6-53,0%). Қоршаған орта жағдайына байланысты науқастардың 19,2%, 6,9% осындай оң нәтиже.

Алкоголь тұтынушылардың 28,7% тұтынылды. Спиртте 1,0% пациенттерді толықтай төмендетті. Алкогольді тұтынуды төмендету 19,3%, бірақ толығымен тасталмаған. Алкогольді ішімдіктер 2,2% қатерлі диагноз диагнозынан кейін ішуді бастады. 32,4% - мереке. Қатерлі диагностиканың диагностикасы қатерлі ісік диагнозымен анықталды.

Тұтынылмаған емделушілер үшін Сүт безі қатерлі ісігі, қызылша безінің қатерлі ісігі, қалқанша безі. Рак ауруы бар науқастарды зерттеу

Кілт сөздер: қатерлі ісік, жұмыс жасына қабілетті, шылым шегу, алкоголь.

Резюме

Тажыбаева К.Н. 1,2, Югай К.В. 1, Мырзахметов Р.Т1, Тасбалтаева Д.Т. 1

ГККП "Городской онкологический центр" Шымкент, Казахстан.

Ожно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК НА РАЗВИТИЕ РАКА В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Диагноз «рак» у трудоспособных пациентов в Южно-Казахстанской области. Поперечное исследование в поликлиниках СКО. В выборку вошли N1696 трудоспособных пациентов, состоящих из ЦКК (Городской онкологический центр). Результаты представлены в виде абсолютных и относительных значений. Доли были рассчитаны с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Было обнаружено, что 43,1% (95% ДИ: 40,78-45,53%) пациенты курили сигареты, а 28,7% (95% ДИ: 26,64-30,98%) употребляли алкоголь. Из них (180) 10,6% - пациенты, которые курили и употребляли алкоголь. После диагностики рака 9,9% (95% ДИ: 7,8-12,2%) ответили, что из-за болезни полностью отказались от курения. Увеличение курения было 2,5% для этого заболевания, а остальные 9,3% (95% ДИ: 45,6-53,0%) пациенты продолжали курить в том же темпе. Причина 19,2% пациентов связаны с курением, окружающим их людей, 6,9% пациентов со стрессовыми состояниями, связанными с заболеванием

Алкоголь потребляется 28,7% пациентов. Полностью снизился 1,0% пациентов на алкоголь. Снизить потребление алкоголя на 19,3%, но не полностью отказаться. Злокачественный диагноз был подтвержден тем, что он не употреблял алкоголь. До и после подтверждения 32,4% были выходными. После подтверждения диагноза злокачественность на втором месте среди женщин.

После подтверждения болезни пациенты были теми, кто был поглощен. Среди курящих и пьющих женщин встречаются рак молочной железы, рак пищевода, лейкоз и рак щитовидной железы. У мужчин рак прямой кишки, рак ротовой полости, рак легких, рак предстательной железы и яичек встречались чаще, чем пациенты.

Ключевые слова: рак, трудоспособность, курение, алкоголь.

МРНТИ 76.29.49

УДК 616-073:618.19-006-08:615.831

Р.И. Рахимжанова¹, Н.А. Шаназаров^{1,2}, Г.В. Сердюченко³, Д.Е. Туржанова¹

АО «Медицинский университет Астана», Астана, Республика Казахстан¹

Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, Астана²

ООО «РАДА-ФАРМА»³

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме

Статья посвящена перспективным возможностям применения фотодинамической терапии в клинической практике. Преимущество данного метода является - направленность воздействия на опухолевые очаги и высокая эффективность при низкосистемной токсичности. Применение фотодинамической терапии в комплексном лечении при местнораспространенных и запущенных стадиях рака молочной железы может улучшить эффективность лечения, качество и продолжительность жизни у пациентов этой группы.

Ключевые слова: Рак молочной железы, фотодинамическая терапия, внутрикожные метастазы, местнораспространенная опухоль.

Актуальность проблемы: Заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) в Казахстане, как и в большинстве стран, постоянно растет и занимает лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости женского населения. Согласно статистическим данным только в 2016 году в Республике Казахстан зарегистрировано 4653 случаев заболевания РМЖ, заболеваемость на 100 000 населения — 26,1%. За аналогичный период 2017 года зарегистрировано 4393 случаев заболевания РМЖ, заболеваемость составила 24,5% на 100 000 населения. Темп прироста в период 2016-2017 годы составляет -6,2%, удельный вес III-IV стадий РМЖ за 2017 год составило 15,4%, то есть около 800 женщин. Следует отметить, что несмотря на эффективные методы диагностики, число больных с диагнозом РМЖ III–IV стадий достаточно высока [1].

Цель исследования: Одной из актуальных проблем в лечении больных распространенного РМЖ являются послеоперационные внутрикожные и подкожные регионарные метастазы. Лечение больных с метастазами РМЖ требует значительно большего арсенала методов и средств, чем лечение больных первичным РМЖ. Поскольку метастатическая опухоль размером 0,5 см и более уже является источником дальнейшего метастазирования.

Материалы и методы: По частоте метастазирования в кожу РМЖ уступает лишь меланоме. У женщин при кожных метастазах диагноз рак молочной железы был выставлен в 51,0–70,7% случаев. В 20% случаев впервые обнаруженный рак молочной железы сопровождается метастазами заболевания в кожу [2]. Внутрикожные метастазы при РМЖ распространяются лимфогенным, гематогенным и имплантационным путем. Метастатические очаги представляют собой округлые или овальные узелки плотной или плотноэластической консистенции размером от 1–2 мм до 1–3 см в диаметре. Они не вызывают боли, подвижные, без эрозии или изъязвления. Иногда метастазы имеют необычную конфигурацию, напоминают фурункулы, биогенные гранулемы или кератоакантомы (рис 1,2). Внутрикожные метастазы чаще бывают множественными, располагаются рассеянно или локализованно. Внутрикожные метастазы при РМЖ чаще локализуются на передней грудной стенке в 30–40% случаев, в зоне послеоперационного рубца 20–30%, на боковой поверхности грудной клетки и спине (30%), реже на лице (22,2%), на коже головы (13,5%) и шее (9%) [3].



Рис.1. Рецидив через год после радикальной сектаральной резекции РМЖ T1N0M0

Рис.2. Рецидив через год после радикальной мастэктомии РМЖ T1N0M0

Лечение метастатического РМЖ – системное (химиотерапия, гормонотерапия), сочетается с лучевой терапией и при возможности, с дальнейшим лазерным иссечением метастатического очага в пределах здоровых тканей. Хирургическое удаление метастазов рака молочной железы не всегда возможно из-за множественного характера поражения и большой распространенности процесса. Соматическое состояние больных, перенесших комбинированное лечение и полихимиотерапию (ПХТ), порой не позволяет осуществлять хирургическое вмешательство в необходимом объеме. Результативность консервативной терапии у больных с метастазами РМЖ во многом зависит от чувствительности опухоли к лучевому, лекарственному и гормональному лечению. Множественный характер внутрикожного метастазирования в ряде случаев ограничивает возможности лучевого лечения. Таким образом, основным методом лечения больных с метастазами РМЖ остается химио- и гормонотерапия с многократным повторением курсов лечения. Положительный эффект ПХТ (т.е. полная или частичная регрессия) при метастазах РМЖ в кожу и мягкие ткани с применением стандартных схем лечения достигается в 22–27% случаев, срок ремиссии составляет в среднем 2–3 мес. Для продления сроков ремиссии требуется многокурсовая ПХТ. Кроме того, следует отметить иммуносупрессивное действие лучевой терапии и химиотерапии. Неудовлетворенность результатами терапии больных РМЖ заставляет клиницистов искать новые методы лечения. Для местного лечения единичных кожных метастазов традиционно используется хирургический метод, реже лучевая терапия. Из других методов можно отметить местную химиотерапию, электрохимиотерапию, брахитерапию, лазерную деструкцию, криотерапию, гипертермию и т.д. [4,5].

Так как заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний во всем мире растет, разработка и внедрение новых, высокотехнологичных методов ранней диагностики и лечения рака является актуальной проблемой современной медицины. Одним из эффективных методов лечения злокачественных образований является фотодинамическая терапия (ФДТ). ФДТ основана на способности опухолевых тканей накапливать фотосенсибилизаторы в значительно большей степени, чем окружающие здоровые ткани. При облучении светом в клетках опухолевой ткани происходит фотохимическая реакция, в результате которой образуются цитотоксические агенты, приводящие к некрозу и гибели опухоли [6,7,8]. Сопутствующий тромбоз сосудов опухоли и стимуляция локального противоопухолевого иммунитета также способствуют гибели опухолевых клеток [9, 10]. Высокая избирательность поражения опухолей, отсутствие выраженных побочных реакций, возможность повторных курсов лечения и сочетание в одной процедуре диагностики и лечения, качественно отличает метод ФДТ от других методов. Метод может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с хирургическим и лучевым лечением для улучшения результатов и профилактики рецидивов. ФДТ применяют в случае неэффективности химиотерапии, лучевого лечения, при рецидивах заболевания после хирургического вмешательства, а также с паллиативной целью. По данным авторов, при проведении дистанционной ФДТ внутрикожных метастазов РМЖ полной регрессии удается достигнуть в 39–51% случаев, частичной в 36%, стабилизация процесса достигается в 4% случаев, объективный положительный ответ составляет 87–98%. По данным зарубежных авторов, полная регрессия составляет 65–73%, частичная – 18%, объективный ответ – 100% [11].



Рис.3. Черезкожная ФДТ.



Рис.4. Интраоперационная ФДТ.

Показания к фотодинамической терапии при раке молочной железы является: рак Педжета - T1-2N0M0, рецидив рака молочной железы после хирургического лечения, внутрикожные метастазы после хирургического, комбинированного и комплексного лечения, первичный рак молочной железы T 1-2N0M0 (узловая форма) при отказе больных от хирургического лечения и/или тяжелых сопутствующих заболеваниях. Так же по методике описания Д.Д. Пак, Е.В. Филоненко, Э.К.Сарибекян применение

интраоперационной фотодинамической терапии имеет перспективы при лечении местнораспространенного рака молочной железы и может применяться в целях девитализации опухолевых клеток раневой поверхности и профилактики интраоперационной диссеминации опухоли и послеоперационного рецидивирования (рис.3-6) Применение данной методики способствует улучшению показателей безрецидивного выживаемости больных раком молочной железы IIВ и IIС стадий [12,13].



Рис.5. Края резекции и дно раны по большой грудной мышце подвергаются ФДТ.



Рис.6. ФДТ стенок операционной раны.

Результаты и их обсуждение: Несмотря на довольно широкое использование, одним из главных ограничивающих факторов применения ФДТ при лечении онкологических заболеваний является недостаточное проникновение светового излучения (0,8-0,9 см).

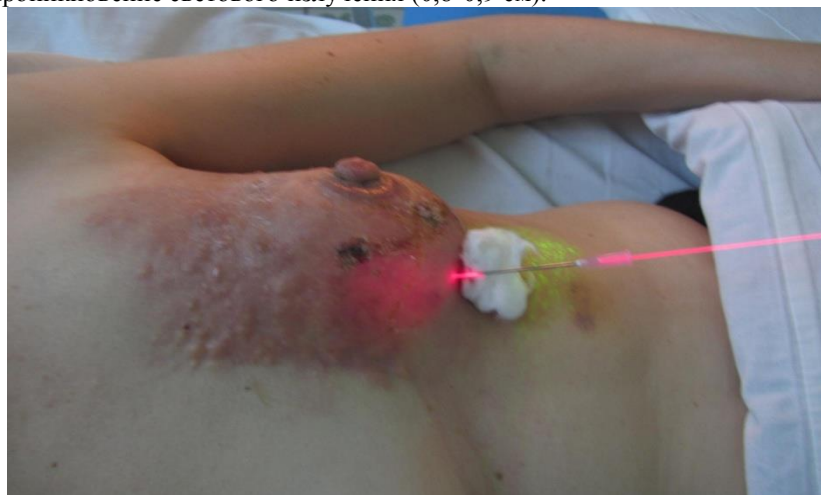


Рис.7. Интерстициальная ФДТ.

Для реализации фотодинамического эффекта в данном случае целесообразно использование внутритканевого (интерстициального) облучения, что позволит увеличить глубину проникновения лазерного излучения и улучшить результаты лечения [14]. При внутрикожных метастазах РМЖ, размером не более 0,5-0,8 см интерстициальная ФДТ может являться эффективным дополнительным методом лечения (рис.7.) [15].

Выводы: Таким образом, ФДТ метастазов рака молочной железы является методом выбора. Применение интраоперационной фотодинамической терапии имеет перспективы при лечении местнораспространенного рака молочной железы и может применяться в целях девитализации опухолевых клеток раневой поверхности и профилактики интраоперационной диссеминации опухолей и послеоперационного рецидивирования. При глубоко расположенных внутрикожных метастазах методом выбора может явиться интерстициальная ФДТ.

ФДТ внутрикожных метастазов РМЖ позволяет достигнуть полной регрессии в 39–51% случаев, частичной в 36%, стабилизация процесса достигается в 4% случаев, объективный положительный ответ составляет 87–98%. Лечение первичных и вторичных опухолевых поражений кожи ФДТ эффективно и проводится, как самостоятельно, так и сочетании с другими методами лечения. Дополнительным преимуществом ФДТ заключается в ее безболезненности и возможности повторения в амбулаторных условиях.

Направленность воздействия на опухолевые очаги и высокая эффективность при низкосистемной токсичности позволяет ФДТ на сегодняшний день отнести к единственному методу позволяющим проводить лечение кожных метастазов рака молочной железы.

Литература

1. Показатели онкологической службы республики Казахстан за 2017 год
2. Reynolds T. Photodynamic Therapy Expands Its Horizons // JNCI J Natl Cancer Inst. – 1997. – Vol. 89, № 2. – P. 112–114.
3. Бриш Н.А., Гельфонд М.Л., Ткаченко Е.В., Кондратьева С.В. Оценка частоты объективных ответов при фотодинамической терапии внутрикожных метастазов рака молочной железы // BIOMEDICAL PHOTONICS Специальный выпуск/2018, Материалы VIII Всероссийского конгресса «Фотодинамическая терапия и фотодиагностика»- С.46
4. Clive S., Gardiner J., Leonard R.S.F. Miltefosine as a topical treatment for cutaneous metastases in breast carcinoma // Cancer Chemother Pharmacol. – 1999. – № 44. – P. 29–30.
5. Gehl J., Matthiessen L.M., Humphreys A. Management of cutaneous metastases by electrochemotherapy // J. Clin. Oncol. – 2010. – № 28. – P. 15.
6. Странадко Е. Ф. Механизмы действия фотодинамической терапии // Российский онкологический журнал. – 2008. – Т. 4, №4. – С. 52.
7. Dougherty T. J. An update on photodynamic therapy applications // J Clin Laser Med Surg. – 2002. – Vol. 20, №1. – P. 3–7.
8. Huang Z., Xu H., Meyers A. D. et al. Photodynamic therapy for treatment of solid tumors-potential and technical challenges // Technol. Cancer Res. Treat. – 2008. – Vol.7, №4. P. 309–320.
9. Anderson C., Hrabovsky S., McKinley Y. et al. Phthalocyanine photodynamic therapy disparate effects of pharmacological inhibitors on cutaneous photosensitivity and on tumour regression // J. Photochem. Photobiol. – 1997. – Vol. 65, № 5. – P. 895–901.
10. Castano A. P., Mroz P., Hamblin M. R. Photodynamic therapy and antitumour immunity // Nature Reviews Cancer. – 2006. – №6. – P. 535–545.
11. Е.В. Горанская, М.А.Каплан, В.Н. Капинус и др. Фотодинамическая терапия в лечении метастатического рака молочной железы // Фотодинамическая терапия и фотодиагностика-2014-№2-С.15-16
12. Пак Д.Д., Филоненко Е.В., Серебеян Э.К. Интраоперационная ФТД больных местнораспространенным раком молочной железы III и IV стадий // Фотодинамическая терапия и фотодиагностика.-2013.-№1.-С. 25-30.
13. Филоненко Е.В., Серебеян Э.К., Иванова-Радкевич В.И. Возможности интраоперационных фотодинамической терапии в лечении местнораспространенного рака молочной железы // Biomedical Photonics.-2016.-№1.-С.9-14.
14. Скугарева О.А. Интерстициальная фотодинамическая терапия злокачественных новообразований с фотосенсибилизатором «Фотолон» в эксперименте и клинике: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.-Обнинск,2010-4-5 с.
15. Гельфонд М.Л., Рогачева М.В. Фотодинамическая терапия. Фундаментальные и практические аспекты – Санкт-Петербург, 2018-С. 114-117.

Түйін

Р.И. Рахымжанова¹, Н.А. Шаназаров^{1,2}, Г.В. Сердюченко³, Д.Туржанова¹
«Астана медицина университеті» АҚ, Астана, Қазақстан Республикасы¹
Қазақстан Республикасы, Астана қ.
RADA-PHARMA LLC³

ЖЕРГІЛІКТІ ТАРАЛМАЛЫ СҮТ БЕЗІ РАҒЫМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА ФОТОДИНАМИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯ ЖҮРГІЗУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Мақала клиникалық практикада фотодинамикалық терапияны қолданудың перспективалы мүмкіндіктеріне арналған. Бұл әдістің артықшылығы ісік ошақтарына әсер ету бағыты және төмен жүйелі уыттылық кезінде жоғары тиімділік болып табылады. Сүт безі обырының жергілікті таралған және асқынған сатыларында кешенді емдеуде фотодинамикалық терапияны қолдану осы топтағы емделушілерде емдеудің тиімділігін, сапасын және ұзақтығын жақсартуы мүмкін.

Кілт сөздер: сүт безі обыры, фотодинамикалық терапия, тері ішілік метастазалар, жергілікті таралған метастазалар.

Summary

R.I. Rakhimzhanova¹, N.A. Shanazarov^{1,2}, G.V. Serdyuchenko³, D.E. Turzhanova¹
JSC Astana Medical University, Astana, Republic of Kazakhstan¹
Hospital Medical Center Office of the President of the Republic of Kazakhstan, Astana²
RADA-PHARMA LLC³

POSSIBILITIES OF APPLICATION OF PHOTODYNAMIC THERAPY IN PATIENTS WITH LOCALLY DISTRIBUTED BREAST CANCER

The article is devoted to the perspective possibilities of photodynamic therapy application in clinical practice. The advantage of this method is the focus of the impact on tumor foci and high efficiency in low-system toxicity. The use of photodynamic therapy in complex treatment of locally advanced and advanced stages of breast cancer can improve the effectiveness of treatment, quality and duration in patients of this group.

Key words: breast Cancer, photodynamic therapy, intradermal metastases, locally advanced metastases.

МРНТИ 76.13.25
УДК 616.65-006-073.756.8

F.I. Kostyev, O.M. Zacheslavsky, D.O. Kuznietsov
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

THE EXPERIENCE OF THE MRI USING IN THE DIAGNOSTICS OF TUMOR DISEASES OF THE PROSTATE

Abstract

Nowadays incidence rates of prostate cancer are progressively increasing, but modern methods of diagnosis and treatment give doctors the opportunity to effectively resist the onslaught of this pathology. Nevertheless, modern medicine still needs, even more reliable and informative methods for diagnosing early forms of prostate cancer.

The article cites our experience with MRI for prostate cancer. A comparative analysis of MRI indicators in groups of patients with prostate cancer and BPH, as well as a comparison of the MRI method with other methods recommended for the diagnosis of prostate cancer.

Key words: magnetic resonance imaging, prostate cancer, diagnostic algorithm

Prostate cancer (PC) is the most common solid tumor in Europe, with an incidence rate of 214 cases per 100,000 men. It exceeds the incidence of lung and colorectal cancer. Prostate cancer ranks the second place among the causes of death from malignant neoplasms in men [1,2,3]. The change in the incidence rate in 2013 increased by 4.6% compared to 2012, according to the Bulletin of the National Chancellery of the Register of Ukraine. The average incidence rate was 21.1 per 100,000 population in the Odessa region in 2013 [4].

The method of magnetic resonance imaging (MRI) is not used in routine control of asymptomatic patients according to the recommendations of the European Association of Urologists and the data of the Clinical Recommendations on Cancer Diseases of the Society of Oncology of Ukraine [5]. It can be performed selectively in the development process after receiving data on progression of the disease or biochemical progression before deciding on the choice of treatment methods.

AIM: To assess the appropriateness of using this method in this category of patients, based on the study of our experience with the use of MRI in the diagnosis of prostate tumor diseases.

Materials and methods: A retrospective analysis of 91 men was conducted in the urological departments of clinical hospital № 10 from 2010 to 2015 in order to determine the role of MRI in the diagnosis of PC. All patients had a comprehensive prostate cancer examination using the MRI method.

Three groups of patients were created according to the results of the comprehensive examination. First group, were patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) (n = 39), middle age of which - (65,9 ± 6,9) years; 2nd group, were patients with localized prostate cancer (n = 33), middle age of which - (68,2 ± 6,7) years,; 3rd group, were patients with locally advanced prostate cancer (n = 19), middle age of which - (66.3 ± 6.2) years.

The ultrasound was also performed using the Resistance Index, which is an additional ultrasound-Doppler study to evaluate neoangiogenesis.

The statistical analysis of the diagnostic results included the assessment of the sensitivity, specificity, accuracy, predictive value of the positive result (PVPR) and the prognostic value of the negative result (PVNR) of the used methods of investigation [6].

The comprehensive study included the determination of the level of prostate specific antigen (PSA), digital rectal examination (DRE), and transrectal ultrasound examination of the prostate gland (TREP) performed according to standard techniques.

Results of the research and their discussion:

A prostate cancer was verified in 52 patients according to the results of a complex examination carried out by patients. The average age was (67.5 ± 6.5) years. The first stage cancer was detected in 4 (7.7%) patients. The second stage was detected in 29 (55.8%) patients. The third and fourth stage were detected in 10 (19.2%) and 9 (17.3%) men.

Most patients complained about strangulation, nocturia and dysuria. A less number of patients (12.2%) were hospitalized due to an increase in PSA. The level of residual urine did not exceed the norm according to ultrasound data in 17 (43,6%) patients in the 1st group, 14 (42,4 c%) patients in the 2nd and 3rd (15,8%) patients in the 3rd group. The presence of residual urine was recorded in 11 (28.2%), 11 (33.3%) and 9 (47.4%) patients. The 5 (12.8%), 6 (18, 2%) and 7 (36.8%) patients in 1st, 2nd and 3rd groups were in the state of acute urinary retention. The average volume of prostate for patients in the first group was 80.3 cm³, 61.8 cm³ for second group and 72.7 cm³ for the third group.

The signs of prostate cancer, were detected in 17 (43.6%) patients in the 1st group, 27 (81.8%) patients in the 2nd and 18 (94.7%) patients in the 3rd group according to the data of the digital rectal examination. Such a high percentage of false-positive results obtained during the DRE was due to the presence of chronic inflammation in the patients of this age with the formation of calcinates in the prostate tissue, which is palpatory different from the changes characteristic to prostate cancer.

The presence of oncologic process in prostate tissue during the study of transrectal ultrasound was determined in 21 (53.8%) patients in the first group, 23 (69.7%) patients in the second group and 13 (68.4%) patients in the third group. The presence of false-positive results in patients of the first group and false-negative results in patients of the second and third groups was due to the complexity of differential diagnosis between the ultrasound pattern of changes in prostate tissue in state of chronic inflammation and malignant neoplasm. The method of determining the resistance index partially helps to distinguish between these two states by assessing blood circulation in the investigated areas.

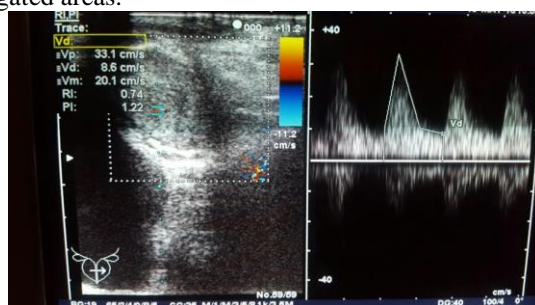


Figure 1 - Sonogram of the prostate gland (transrectal ultrasound examination with determination of resistance index).

The increase in the level of PSA was determined in 24 (61.5%) patients in the 1st group, 30 (90.9%) patients in 2nd and 18 (94.7%) patients in the 3rd group. The increased PSA densities were defined less frequently and comprised 11 (28,2%), 21 (63.6%) and 16 (84.2%) patients in groups 1, 2 and 3.

Table 1 - **Detection (investigation) of the results characteristic for prostate cancer according to the used methods in the groups of patients**

Group Investigation methods	Igroup	IIgroup	IIIgroup
DRE	17 (43,6 %)	27 (81,8 %)	18 (94,7 %)
TRUS	21 (53,8 %)	23 (69,7 %)	13 (68,4 %)
PSA	24 (61,5 %)	30 (90,9 %)	18 (94,7 %)

Such high rates (values) of malignant neoplasm signs of the prostate observed in this study exclusively due to the retrospective analysis of the disease history in patients with performed MRI of the pelvic organs. This type of research used for the purpose of differential diagnosis in cases where there was no correlation between the clinical picture and some of the results of screening research methods (most often the level of PSA determination).

The signs of the prostate adenocarcinoma on the MRI were the low intensity of the signal on T2 images against the backdrop of a high-intensity signal, irregular shape, diffuse mass-effect distribution, fuzzy and uneven prostate contours.

The cells of the cancer were rapidly accumulated the contrast during dynamically contrasting in the arterial phase and quickly removed it.

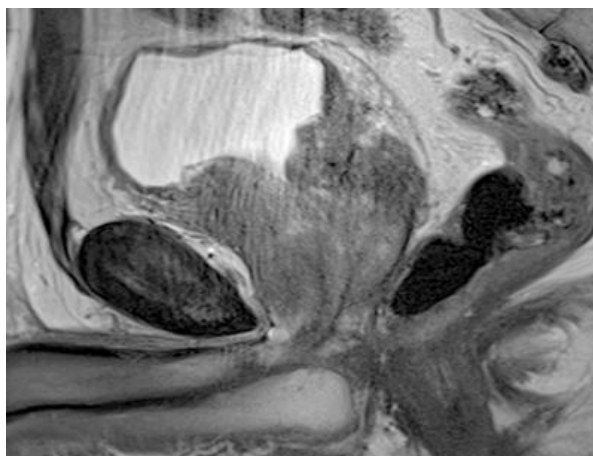


Figure 2 - **Tomogram of the pelvic organs.**

The above-mentioned MRI signs were detected in 14 (35.9%) patients with BPH, which is explained by the possibility of the presence of chronic inflammation cells, fibrous cicatricial changes in these fragments of the gland. However, prostate cancer was diagnosed in patients whose prostate cancer diagnosis was confirmed by prostate biopsy. There were 32 (96.9%) patients in the second group and 19 (100%) patients in the third group.

The results of biopsy verified atypical hyperplasia and prostatic intraepithelial neoplasia in 10 (25.6%) patients of the first group, 11 patients (33.3%) of the second and 3 patients (15.8%) of the third group. The presence of PIN in patients of the first group explained by false positive results from studies obtained during a comprehensive survey.

The statistically probable correlation between the presence of MRI-signs of prostate cancer and the degree of tumors differentiation by Gleason score was not detected in performing statistical data processing.

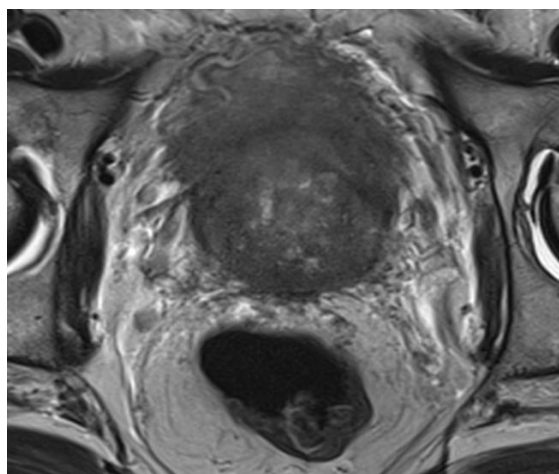


Figure 3 - Tumor of the pelvic organs

The research of basic and auxiliary indicators of informativeness, consisted of: sensitivity - 98,1%; specificity - 64,1%; accuracy - 83.5%, prognostic value of positive result - 78.5%, and indicator of predictive value of negative result - 96.2% was conducted to determine the role of MRI in the diagnosis of prostate cancer.

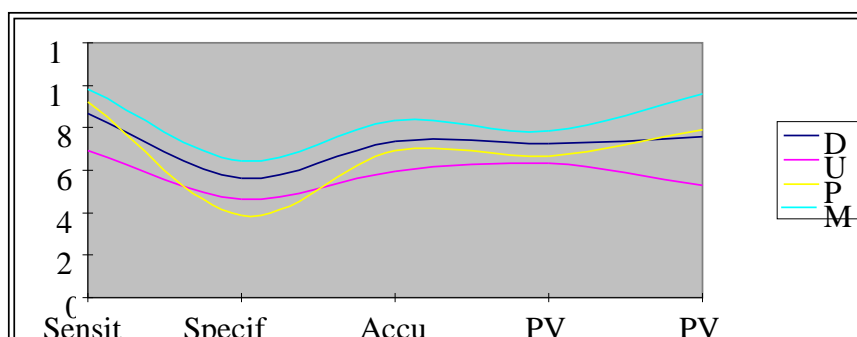


Figure 4 - Comparison of diagnostic methods for prostate cancer

The digital rectal examination, sensitivity, specificity, accuracy, PVPR and PVNR were 86.5%, 56.4%, 73.6%, 72.6% and 75.9%. The transrectal ultrasound indices were 69.2%, 46.2%, 59.3%, 63.2% and 52.9%. The indicators of the level of prostate specific antigen were 92.3%, 38.5%, 69.2% , 66.7% and 78.9% respectively.

Conclusions:

Magnetic resonance imaging is the main method of choice for patients with localized and locally advanced prostate cancer in order to detect the severity of the process, evaluate the possibility of using the surgical treatment tactics and the feasibility of using radiotherapy.

The MRI method has high reliability in the complex examination of the patient. The priority direction in its use is the exclusion of the oncological process in the prostate.

Magnetic resonance imaging is a fairly modern and informative method investigation of prostate.

References

1. Ferlay J., Autier P., Boniol M., Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2010 // Ann. Oncol. — 2011. — 18. — p. 581-92.
2. Haas G. P., et al. The worldwide epidemiology of prostate cancer : A systematic review of autopsy studies. // Can. J. Urol. - 2008. — Feb;15(1) — p. 3866-71.
3. Bell, K.J., et al. Prevalence of incidental prostate cancer. A systematic review of autopsy studies. // Int. J. Cancer. - 2015. - Oct 1. - p. 137: 1749-57.
4. Bulletin of the National Chancery Register of Ukraine No. 16 — "Cancer in Ukraine 2013-2014".
5. Stakhovsky E.O. Clinical recommendations for oncological diseases // As general edited by Stakhovsky E.O. — Donetsk. — 2011. — 296 p.
6. McPhee S.J. et al. Current medical diagnosis and treatment, 47th ed // New York: McGraw-Hill. — 2007. — 1672 p.

Түйін

Ф. И. Костев, А. Н. Зачеславский, Д. А. Кузнецов

Одесса ұлттық медициналық университеті, Одесса, Украина

ПРОСТАТЫНЫҢ ІСІК АУРУЛАРЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫНДАҒЫ МРТ ПАЙДАЛАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Бүгінгі күні простата қатерлі ісігінің көрсеткіштері бірте-бірте артып келеді, бірақ диагностикалау мен емдеудің заманауи әдістері дәрігерлерге осы патологияның шабуылына тиімді қарсы тұруға мүмкіндік береді. Дегенмен, біздің ойымызша, қазіргі заманғы медицина бұрынғыдай простата қатерлі ісігінің ерте нысандарын диагностикалаудың сенімді әрі ақпараттандыратын әдістеріне қажет.

Мақалада протеин қатерлі ісігі үшін МРТ тәжірибеміз туралы айтылған. Простата қатерлі ісігі бар және БЖЖ бар науқастарда МРТ көрсеткіштерін салыстырмалы талдау, сондай-ақ простата қатерлі ісігін диагностикалауға ұсынылған басқа әдістермен МРТ әдісін салыстыру.

Кілт сөздер: магнитті резонанстық көрініс, простата обыры, диагностикалық алгоритм

Резюме

Ф. И. Костев, А. Н. Зачеславский, Д. А. Кузнецов

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сегодняшние показатели заболеваемости РПЖ прогрессивно увеличиваются, однако современные методы диагностики и лечения дают врачам возможность эффективно противостоять натиску данной патологии. Тем не менее современная медицина все еще нуждается, на наш взгляд, в еще более достоверных и информативных методах диагностики ранних форм РПЖ.

В статье приведен наш опыт применения МРТ при РПЖ. Проведен сравнительный анализ показателей МРТ в группах больных с РПЖ и ДГПЖ, а также сравнение метода МРТ с другими методами, рекомендованными для диагностики РПЖ.

Ключевые слова: магнитно-резонансная томография, рак предстательной железы, алгоритм диагностики

МРТИ 76.29.49
УДК616-006.66

Н.А. Шаназаров^{1,2}, Т.Б.Ташпулатов², Н.К. Сейдалин¹

1«Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан», Астана, Казахстан

2АО "Медицинский Университет Астана", Астана, Казахстан

ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО И РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Резюме

Результаты клинических исследований последних лет, демонстрируют преимущества ФДТ по сравнению с другими методами лечения БКРК: селективность воздействия на опухолевую ткань, возможность многократного проведения процедур в случаях большого размера опухоли, при мультифокальном опухолевом процессе, трудно доступных локализациях без увеличения риска осложнений с хорошим функциональным и косметическим эффектом. В работе представлены собственные результаты использования фотодинамической терапии в лечении местно-распространенного и рецидивирующего базально – клеточного рака кожи. Полученные данные, подтверждают эффективность, безопасность и хорошую переносимость метода фотодинамической терапии у данной категории пациентов.

Ключевые слова: базальноклеточный рак, фотодинамическая терапия, фотосенсибилизатор, фотолон, фотосенс.

Актуальность проблемы: По частоте заболеваемости, рак кожи занимает 2 местов структуре онкопатологии. Заболеваемость злокачественными опухолями кожи в 2015 г. в Республике Казахстан в абсолютных цифрах составила более 3900 человек.

Базальноклеточный рак (БКР) составляет более 50%, от всех злокачественных новообразований кожи, и относится к злокачественным эпителиальным опухолям с местно-деструктивным ростом и отсутствием метастазирования [1]. Женщины и мужчины подвержены риску развития БКР кожи практически одинаково, наибольшая частота заболеваемости по данным статистики определяется у лиц старше 50 лет.

Размеры новообразований зависят от клинической формы, локализации, длительности заболевания. От 42 до 88% случаев, очаги имеют размер до 2 см. и локализируются на коже головы. Более крупные опухоли, размерами от 2 до 5 см. в наибольшем размере, по данным разных авторов, встречаются с частотой от 9,6 до 57,9% [12, 13].

Локализация на коже головы и шеи характерна для 98,3%, при этом, поражение кожи носа выявляется в 39,0% случаев, кожа щечных областей – в 16,5%, периорбитальные области – в 12,7 %, кожа ушной раковины и околоушной области в 11,4% случаев [10,11]. Поражение открытых участков кожных покровов, свидетельствует о роли солнечного (ультрафиолетового) излучения в патогенезе базальноклеточного рака.

В терапии БКРК, используется широкий спектр различных видов и методов противоопухолевого лечения, включающие: хирургическое иссечение, кюретаж и электрокоагуляция, криодеструкция, лазерхирургия, лучевая терапия, лекарственная терапия (цитостатиками, иммунотропными препаратами и др.) и их комбинации [2,3,4,5,6,7]. Классическим методом лечения является хирургическое удаление и лучевая терапия.

Показателями эффективности проводимой терапии, наряду с радикализмом удаления опухоли являются: достижение функционального, косметического результата и снижение индекса осложнений.

В настоящее время, методом лечения наиболее соответствующим требованиям лечебной и функциональной эффективности, является фотодинамическая терапия (ФДТ).

ФДТ – это метод локальной активации селективно накопившегося в опухоли фотосенсибилизатора, видимым красным светом, который в присутствии содержащегося в тканях кислорода приводит к развитию фотохимической реакции приводящей к разрушению опухолевых клеток.

Показаниями для проведения ФДТ при базальноклеточном раке кожи служат: наличие опухоли в «неудобных» для традиционного метода лечения местах (лицо), высокий риск осложнений на фоне терапии у пожилых и соматически ослабленных пациентов, отказ от других методов лечения, а также в виде паллиативной помощи. [15, 16, 17, 18, 7].

Эффективность применения ФДТ в лечении злокачественных новообразований кожи была подтверждена в исследованиях Т.Догерти и коллег в 1970-х годах [14], с использованием производных порфирина, 5-аминолевулиновой кислоты и светового воздействия на волнах видимого диапазона [18, 19].

На 1 сентября 2017 года, в PubMed были опубликованы результаты 15 рандомизированных исследований включивших более 2300 больных с более 3500 случаев БКРК. Авторами сделан вывод об эффективности и безопасности ФДТ с низким риском осложнений [20].

В исследовании, проводившемся в МРНЦ им. А.Ф. Цыба и МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, были продемонстрированы непосредственные и отдаленные результаты лечения методом фотодинамической терапии с фотосенсибилизатором «фотолон», 130 пациентов со 156 очагами базальноклеточного рака кожи I стадии (T1N0M0). Частота полных регрессий опухолей у пациентов с первичной формой составила 90,9%; с рецидивирующей – 88,9%. В сроки наблюдения от 3 до 76 мес., локальный рецидив опухоли был выявлен у 6,9% пациентов. У пациентов, которые соблюдали световой режим в течение 2-3 суток после введения фотолон, избегая воздействия прямого солнечного света, не отмечено проявлений фототоксичности. У 10 пациентов при несоблюдении светового режима развивались легкая гиперемия, зуд и жжение подвергшихся воздействию солнечным светом участков кожи, самостоятельно проходящие в течение нескольких часов [21].

Цель исследования: изучить клиническую эффективность использования ФДТ, как метода лечения пациентов с первичным и рецидивирующим базальноклеточным раком кожи.



Рисунок 1 - До лечения



Рисунок 2 - 2 сутки после проведения сеанса ФДТ



Рисунок 3 - Через 2 недели после ФДТ.



Рисунок 4 - Через 6 недель

Материалы и методы.

За период с 1 ноября 2016 г. по 1 декабря 2018 г., в условиях «Центра ФДТ»БМЦ УДП РК г. Астана, проведено лечение 232 пациентов, из них 34 пациента с базальноклеточным раком кожи.

Средний возраст пациентов на момент лечения составил 60,5 (33-79) лет. Пациентов мужчин – 13, женщин – 21. В качестве фотосенсибилизатора использовался препарат «Фотолон», в дозировке 100мг. Световое воздействие проводилось на лазерных аппаратах «Лахта-Милон» и «Латус-Фара».

Локализация опухолевых процессов: волосистая часть головы – 11 пациентов, кожа лица – 17 пациентов, околоушная область – 6. Проведено 36 курсов ФДТ (32 пациента по 1 сеансу ФДТ, 2 пациента по 2 сеанса).

Пациентка Р. 63 года. Обратилась с жалобами на образование кожи носа. Образование отмечает в течение 3 лет. Поданным биопсии: базально-клеточный рак кожи. Установлен диагноз: Базальноклеточный с-г кожи носа T1N0M0. I стадия. (Рисунок 1)

Проведен курс ФДТ с использованием фотосенсибилизатора «фотосенс» в дозировке 0,8мг./кг., с последующим проведением лазерного облучения пораженного участка с интенсивностью 0,4 Ватта, длина волны 662нм, экспозиция 3мин. Контрольно осмотрена на 2, 14, 42 дни. (см.рис.2;3;4)

Пациентка М. 63 года. Обратилась с жалобами на образование кожи спинки носа. Образование отмечает в течение 2 лет. Гистологическое заключение: базально-клеточный рак. Установлен диагноз: Базальноклеточный с-г кожи спинки носа T1N0M0. I стадия. (Рисунок 5)

Проведен курс ФДТ с использованием фотосенсибилизатора «Фотолон» в дозировке 1,4мг./кг., с последующим проведением лазерного облучения пораженного участка: интенсивность 0,4 Вт., длина волны 662нм., экспозиция 5мин. Контрольный осмотр через 2 месяца (см рис 6)



Рис. 5. До лечения



Рис. 6. Через 2 месяца после лечения



Рис.7. До лечения



Рис.8 Во время сеанса ФДТ



Рисунок 9. Через 2 недели после ФДТ

Пациент С. 71 год. Состоит на Д учете в онкологическом диспансере с 2013 года, с диагнозом: Базальноклеточный рак волосистой части головы Т3N0M0, II стадия (2013г.). Состояние после неоднократных оперативных вмешательств, БФРТ СОД до 100 Гр. Рецидив. (Рисунок 7,8)

Обратился с жалобами на наличие дефекта кожи теменно-затылочной области, гнойное отделяемое в области раны. Неоднократно проводилось хирургическое иссечение опухолей волосистой части головы, курсы близкофокусной рентгенотерапии, местное применение цитостатических мазей без существенного эффекта.

Проведен курс ФДТ с использованием фотосенсибилизатора «Фотолон» в дозировке 2мг./кг., с последующим проведением лазерного облучения пораженного участка интенсивностью 0,4Вт., длина волны 662нм., экспозиция 15мин. Контрольный осмотр через 14 дней после проведения ФДТ (Рисунок 9) С. 71год.

Результаты и их обсуждение: Представленные результаты свидетельствуют, что фотодинамическая терапия – это эффективный органосохраняющий метод лечения злокачественных новообразований кожи и слизистых, особенно при неблагоприятных локализациях новообразований, и в тех случаях, когда

возможности традиционных методов лечения исчерпаны или ограничены. Установлено, что полная резорбция опухоли может быть достигнута при однократном или поэтапном воздействии без развития побочных эффектов с максимальным сохранением жизнеспособности окружающих здоровых тканей.

Выводы: ФДТ при первичных и рецидивирующих базальноклеточных раках кожи, является одним из возможных методов терапии, что позволяет достичь хороших косметических и лечебных результатов.

Литература

1. Дерматоонкология/Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева. – М., 2005 – С. 332-368.
2. Айвазов А.Г. Совершенствование методов диагностики и лечения базальноклеточного рака кожи / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тверь, 2002. – 19 с.
3. Ежова М. Н. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 1998. – № 2. – С. 8-12.
4. Молочков В.А., Снарская Е.С., Лезвинская Е.М. и др. // Энциклопедия клинической онкологии: Руководство для практикующих врачей / Под ред. М.А. Давыдова и др. – М., 2004. – С. 347-350.
5. Шенталь В. В., Пустынский И. Н., Малаев С. Г. // Мед. помощь. – 2000. – № 4. – С. 6-10.
6. Nguyen T.H., Ho D.Q. // Curr. Treat, Options Oncol, – 2002. – № 3 (3). – P. 193-203.
7. Stockfleth E., Sterry W. // Recent Results Cancer Res. – 2002. – №. 160 – P. 259-268.
8. Каплан М.А., Романко Ю.С. Лазерная фотодинамическая терапия (обзор, состояние проблемы и перспективы) // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2004. № 1. С. 43-48.
9. Романко Ю.С., Корнев С.В., Попучиев В.В., Вайсбейн И.З., Сухова Т.Е. Основы фотодинамической терапии. Калининград, 2010. 136 с.
10. Писклакова Т.П., Ильин И.И. К вопросу об эффективности лечения базалиомы кожи // Вест. дерматол. – 1990. – № 6. – С. 66-67.
11. Nayak C.S. Photodynamic therapy in dermatology // Indian. J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2005. – V. 71. – P. 155-160.
12. Дерматоонкология / Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева. – М., 2005. – С. 332-368.
13. Chakrabarty A., Geisse J.K. Medical Therapies for Non-Melanoma Skin Cancer // Clinics in Dermatol. – 2004. – V. 22. – P. 183-188.
14. Dougherty TJ, Kaufman JE, Goldfarb A et al. Photoradiationtherapy for the treatment of malignant tumors. Cancer Res 1978; 38:2628–35.
15. Гюлов Х.Я., Важенин А.В., Шаназаров Н.А., Султанбугова С.А. Маршрутизация онкологических больных подлежащих фотодинамической терапии в Челябинском областном онкологическом диспансере // Астана медициналық журналы №1.2014. – С. 114-115
16. Гюлов Х.Я., Шаназаров Н.А., Яйцев С.В. Фотодинамическая терапия как альтернативный метод в лечении пациентов со злокачественными новообразованиями в пожилом и старческом возрасте. // Вестник Медицинского центра Управления Делами президента Республики Казахстан. №1 (58) 2015 с. 140-142.
17. Nelson J.S., Liaw L.H., Orenstein A. Mechanism of tumor destruction following photodynamic therapy with hematoporphyrin derivative, chlorin and phthalocyanine // J. Nat. Cancer Inst. — 1988. — Vol.80. — P.1599-1605.
18. Kennedy JC, Pottier RH. Endogenous protoporphyrin IX, a clinically useful photosensitizer for photodynamic therapy. J Photochem Photobiol B 1992; 14:275–92.
19. Thunshelle C, Yin R, Chen Q, Hamblin MR. Current advances in 5-aminolevulinic acid mediated photodynamic therapy. Curr Dermatol Rep 2016; 5:179–90.
20. Collier NJ, Haylett AK, Wong TH et al. Conventional and combination topical photodynamic therapy for basal cell carcinoma: systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol 2018; 179:1277–96.
21. Церковский Д.А., Мазуренко А.Н., Петровская Н.А., Артемьева Т.П. Фотодинамическая терапия базальноклеточного рака кожи с фотосенсибилизатором фотолон // Biomedical Photonics. – 2017. – Т. 6, № 1. – С. 12-19.

Түйін

Шаназаров Н.А.1,2, Сейдалин Н.К. 2, Ташпулатов Т.Б.1

Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы, Астана, Қазақстан

АҚ "Астана Медициналық Университеті" Астана, Қазақстан

ФОТОДИНАМИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫ ПАЙДАЛАНА ОТЫРЫП, ТЕРІНІҢ ЖЕРГІЛІКТІ-ТАРАЛҒАН ЖӘНЕ ҚАЙТАЛАНАТЫН БАЗАЛДЫ ЖАСУШАЛЫҚ ОБЫРЫН ЕМДЕУ.

Мақала клиникалық практикада фотодинамикалық терапияны қолданудың перспективті мүмкіндіктеріне арналған. Бұл әдістің артықшылығы ісік ошақтарына әсер ету бағыты және төмен жүйелі уыттылық кезінде жоғары тиімділік болып табылады. Бұл жұмыс фотодинамикалық терапияның тиімділігін зерттеу және клиникалық тексеру мен емдеу нәтижелерін талдау негізінде орындалған. Соңғы жылдардағы көптеген

клиникалық зерттеулер базальды-жасушалық терінің қатерлілігін емдеудің басқа әдістерімен салыстырғанда ФДТ артықшылықтарын көрсетеді: ісік тініне селективті әсер ету, ісіктің үлкен мөлшері жағдайында және асқыну қаупінсіз көптеген ісік процесінде процедураның бірнеше рет қайталану мүмкіндігі, қол жетімділігі қиын жерлерде терінің базальноклетті обырын емдеу, жақсы косметикалық әсер.

Кілт сөздер: базальды-жасушалық терінің қатерлі ісігі, зерттеу, фотодинамикалық терапия, фотосенсибилизатор, фотолон.

Summary

N.A. Shanazarov^{1,2}, T.B. Tashpulatov², N.K. Seidalin¹

1 "Hospital Medical Center of the Office of the President of the Republic of Kazakhstan", Astana, Republic of Kazakhstan

2 "Medical University Astana", Astana, Republic of Kazakhstan

TREATMENT OF LOCAL-DISTRIBUTED AND RECURRENT BASAL-CELL SKIN CANCER USING PHOTODYNAMIC THERAPY.

The results of clinical studies in recent years demonstrate the advantages of PDT in comparison with other methods of treating BCRK: selectivity of exposure to tumor tissue, the possibility of multiple procedures in cases of large tumor size, with multifocal tumor process, difficult to reach locations without increasing the risk of complications with good functional and cosmetic effect. Our own results of using photodynamic therapy in the treatment of locally advanced and idivruyushego basal - cell carcinoma. The obtained data confirm the efficacy, safety and good tolerance of the method of photodynamic therapy in this category of patients.

Key words: basal cell carcinoma, photodynamic therapy, photosensitizer, photolon, photosens.

МРНТИ 76.09

УДК 613.495:687.5-053.2/.6

Н.Т.Аляева, Г.М. Кадырбаева

АО «Национальный медицинский университет» Алматы, Республика Казахстан

ДЕТСКИЕ КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Резюме

В статье рассматриваются детские косметические средства, изучен предлагаемый ассортимент зарегистрированных косметических средств. Изучен Единый реестр свидетельств о государственной регистрации Таможенного союза. Из Единого реестра свидетельств о государственной регистрации были выделены особо часто встречаемые детские косметические средства, а также страны производители. Рассматриваются приказы «О безопасности парфюмерно-косметической продукции», «Санитарно-эпидемиологические требования к производству, реализации и хранению парфюмерно-косметической продукции и средств гигиены полости рта».

Ключевые слова: гигиена, дети, детская кожа, косметические средства, реестр.

Актуальность проблемы: Принцип безопасности – главное требование к косметической продукции, характеризующееся отсутствием потенциально опасных микроорганизмов в течение срока применения продукции, веществ, консервантов, красителей, Уф-фильтров запрещенных для использования в парфюмерно-косметической продукции. Производство косметической продукции должно соответствовать требованиям нормативно-технической документации, а именно требованиям Технического регламента Таможенного союза «О безопасности парфюмерно-косметической продукции» решение Комиссии Таможенного союза от 23 сентября 2011 года №799. Данный документ содержит требования к парфюмерно-косметической продукции, включающий в себя 12 приложений в каждом из которых прописаны нормы и стандарты. Хранение и реализация не чуть не меньше влияет на качество косметических средств и должно соответствовать санитарным правилам от 25 февраля 2015 года №135 «Санитарно-эпидемиологические требования к производству, реализации и хранению парфюмерно-косметической продукции и средств гигиены полости рта».

Так же особое внимание занимает регистрация косметических средств, на территории Таможенного союза действует Единый реестр свидетельств о государственной регистрации от 17.08.2010 решением

Комиссии Таможенного союза №341. Косметические средства, прошедшие регистрацию отвечают всем требованиям безопасности, что очень важно для нас.

Все косметические товары классифицируют на 3 большие группы: 1) гигиенические; 2) лечебно-профилактические; 3) декоративные.

Гигиенические косметические товары используют для поддержания здорового состояния кожи, волос, зубов.

Лечебно-профилактические - для предупреждения и лечения некоторых заболеваний кожи, волос.

Декоративные товары используют исключительно в декоративных целях - скрыть недостатки и подчеркнуть достоинства внешности.

По половозрастному признаку все косметические товары подразделяют на товары для женщин, мужчин, подростков и детей[4].

Кожа детей первых лет жизни особенно нежная и ранимая, на ней легко возникают микротравмы и раздражения. Поэтому важно, чтобы ребенок пользовался только натуральными безопасными косметическими средствами.

Критерии качества детской косметики: - гипоаллергенность;- безопасность; - натуральность; - отсутствие искусственных красителей и ароматизаторов.

Косметические средства следует выбирать в соответствии с возрастом ребенка. Перед использованием небольшое количество средства наносят на кончик пальца, втирают в кожу (обычно в области запястья), чтобы выявить возможные нежелательные реакции.

Не применяют средства с истекшим сроком годности. Для чувствительной детской кожи также небезопасны средства, срок годности которых подходит к концу. Сигналом того, что косметический продукт непригоден, могут служить изменения его запаха, цвета и консистенции.

Детская косметика должна отвечать следующим требованиям: - быть сертифицирована; - произведена только из качественного сырья; - содержать ингредиенты, разрешенные к применению у детей раннего возраста; - на упаковке должны быть указаны наименование производителя, а также перечень всех составляющих, включая консерванты, ароматизаторы, эмульгаторы и т. д.

В состав детских косметических средств не должны входить спиртосодержащие вещества (alcohol).

Выбирая детскую косметику, следует обращать внимание на ее ингредиенты, к которым могут относиться: - экстракты различных растений: календулы, ромашки, авокадо, жожоба, миндаля, липы и др.; - биоактивные вещества: витамины (А, Е, D, С); аллантоин (вытяжка из растения окопника, оказывающая влагосберегающее, регенерирующее, противовоспалительное действие); ланолин (формирует защитный кислотно-жировой слой); токоферол (провитамин Е способствует регенерации клеток); пантенол (провитамин В5 оказывает заживляющее, противовоспалительное действие); бисаболол (компонент вытяжки из ромашки аптечной с антисептическим, успокаивающим действием);

- натуральные растительные масла: подсолнечника, жожоба, пшеничных зерен, миндальное масло (богаты витаминами, минеральными веществами и ценными жирными кислотами, легко впитываются, увлажняют и питают кожу; - мягкие моющие субстанции растительного происхождения[1].

Состояние кожи зависит от многих факторов, одним из них является правильный выбор косметических средств. Так как кожа детей более чувствительна по сравнению с кожей взрослого человека нужно серьезно подходить к выбору детских косметических средств.

Цель исследования: Изучить детские косметические средства зарегистрированные в Едином реестре свидетельств о государственной регистрации ЕАЭС.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования является Единый реестр свидетельств о государственной регистрации на территории Евразийского экономического союза за 09.12.2018 год. В работе использован статистический метод исследования.

Результаты и их обсуждение: На косметическом рынке представлено огромное количество детских косметических средств и их производителей, а именно зарегистрированных 108 наименований на 09.12.2018 год в Едином реестре свидетельств о государственной регистрации от 17.08.2010 года решением Комиссии Таможенного союза №341[2]. На диаграмме 1 наглядно показано соотношение детских косметических средств.

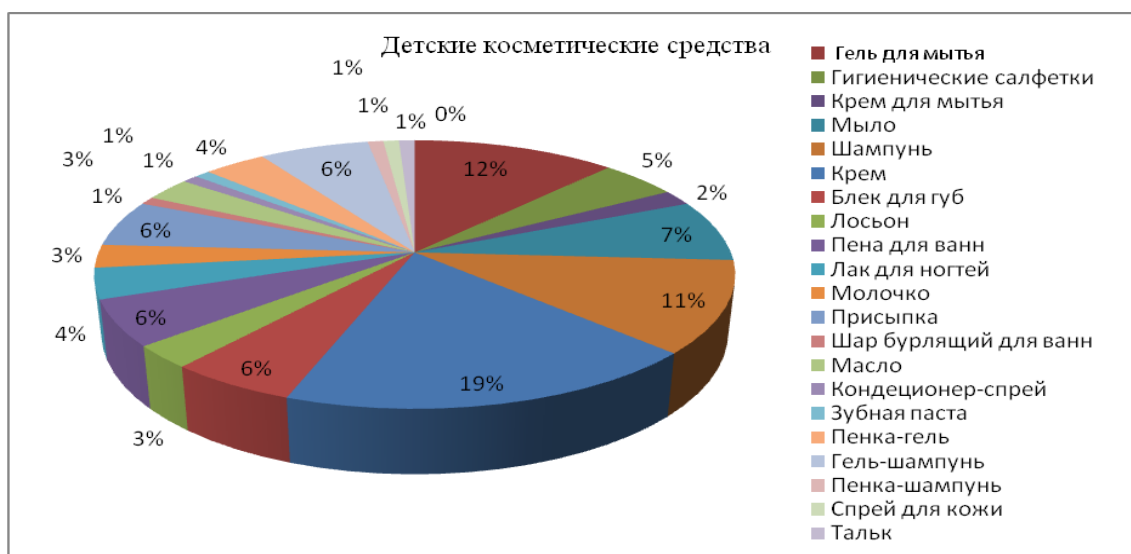


Рисунок 1 детские косметические средства

Среди детских косметических средств преобладают крема: крем под подгузник, крем солнцезащитный, увлажняющий крем и тд. Исходя из этого можно судить о хорошем спросе на косметическом рынке данной косметической формы.

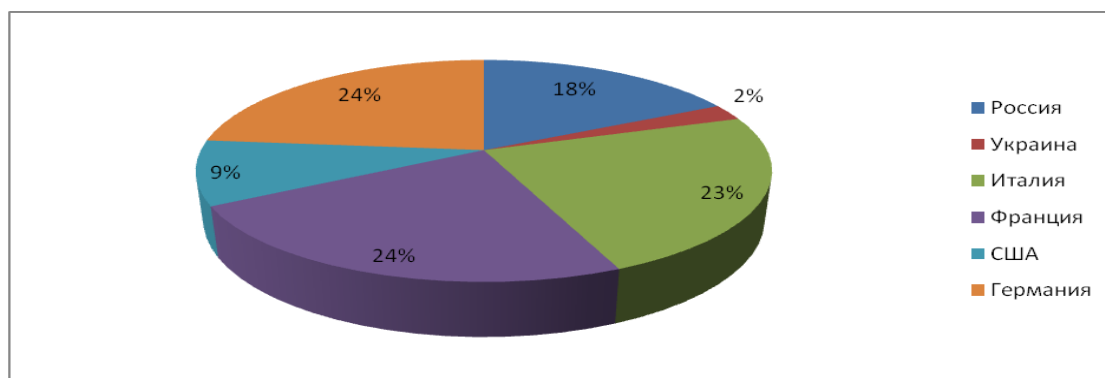


Рисунок 2 - Страны производители детских косметических средств

По данным Единого реестра свидетельств о государственной регистрации рынок является преимущественно импортным. Лидерами продолжают оставаться транснациональные корпорации, представленные известными зарубежными производителями L'ERBOLARIO S, Mustela, Hipp, Uriage, Weleda, Sanosan, Bubchen и тд. Отечественное производство косметических изделий ориентировано на внутренний рынок. В настоящее время косметические средства поступают почти из 40 стран, основная доля поставок приходится на 4 страны – Францию, Германию, Италию и Италия[2,3].

Вывод. Нами был изучен Единый реестр свидетельств о государственной регистрации. Таким образом, производители зарегистрированные на территории Таможенного союза предлагают большой ассортимент детских косметических средств, остается только определить для себя, какая марка и форма косметического средства подходит именно вашему ребенку.

Литература

1. Журнал "Медицинское обслуживание и организация питания в ДОУ" № 6, 2011 года Г.Б. Рогова
2. Единый реестр свидетельств о государственной регистрации от 17.08.2010 решением Комиссии Таможенного союза №341.
3. Сейфуллаева М. Э., Ласкина О. С. Российский косметический рынок в условиях экономического кризиса//Маркетинг в России и за рубежом. 2016 - №2 (112) – с. 28- 36.

4. Официальный сайт ООО «Королевфарм» -<http://www.korolevpharm.ru/articles/291-kosmeticheskie-krema-dlya-litsa.html>.

Түйін

Н.Т. Аляев, Г.М. Қадырбаева

«Ұлттық медициналық университеті» АҚ, Алматы қаласы, Қазақстан Республикасы

БАЛАЛАРДЫҢ КОСМИТИКАЛЫҚ ҚҰРАЛДАРЫ

Мақалада балалар косметикалық құралдары қарастырылады, тіркелген косметикалық құралдардың ұсынылған ассортименті зерттелген. Кеден одағын мемлекеттік тіркеу туралы куәліктердің бірыңғай тізілімі зерделенді. Мемлекеттік тіркеу туралы куәліктердің бірыңғай тізілімінен балалар косметикалық құралдары, сондай-ақ өндіруші елдер бөлінді. "Парфюмерлік-косметикалық өнімдердің қауіпсіздігі туралы", "парфюмерлік-косметикалық өнімдер мен ауыз қуысы гигиенасының құралдарын өндіруге, сатуға және сақтауға қойылатын санитарлық-эпидемиялық талаптар" бұйрықтары қарастырылады.

Кілт сөздер: гигиена, балалар, балалар терісі, косметикалық құралдар, реестр

Summary

N.T. Alyaev, G.M. Kadyrbaeva

JSC "National Medical University" Almaty, Republic of Kazakhstan

CHILDREN'S COSMETIC MEANS

The article discusses baby cosmetics, studied the offered range was cosmetics. The Unified register of certificates of state registration of the Customs Union has been studied. From the Unified register of certificates of state registration were allocated particularly common children's cosmetics, as well as the country of origin. Orders "about safety of perfumery and cosmetic production", "Sanitary and epidemiological requirements to production, realization and storage of perfumery and cosmetic production and means of hygiene of an oral cavity" are considered.

Key words: hygiene, children, baby skin, cosmetics, registry.

МРНТИ 76.29.30

УДК 616.12-008.33-008.1, 616-06, 616.8-005.

Икромов Х.С.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташент, Узбекистан.

РОЛЬ ОЦЕНКИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.

Резюме

Несмотря на возрастающее внимание исследователей к хронической сердечной недостаточности и риска развития острого нарушения мозгового кровообращения, данная проблема изучена недостаточно. В статье приводятся литературные данные о взаимосвязи хронической сердечной недостаточности, риска развития острого нарушения мозгового кровообращения с артериальной гипертензии и изменениями суточного профиля артериального давления.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, ишемический инсульт, артериальная гипертензия, мониторинг.

Актуальность проблемы: Во всём мире прослеживается тенденция к росту заболеваемости хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Это связано с глобальным старением населения, улучшением качества диагностики и лечения острой коронарной патологии. Несмотря на очевидные в последние десятилетия успехи в области изучения патогенеза и поиска эффективных путей лечения, ХСН по-прежнему остаётся одним из самых тяжёлых и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы [1].

При ХСН отмечается повышение в крови содержания норадреналина – медиатора симпатической нервной системы [4]. В то же время, в миокарде при этой патологии выявлено снижение содержания бета-адренорецепторов, их десенситизация [6]. У больных с сердечной недостаточностью отмечено

нарушение барорефлекторного ответа при ортостатическую пробе, при которой отмечается снижение прироста периферического сосудистого сопротивления по сравнению со здоровыми пациентами [5]. Отмечают также нарушение и парасимпатического контроля над работой сердца у больных с сердечной недостаточностью и снижение вариабельности ритма сердца (ВРС) [2, 3]. Повышение ударного объёма в покое у пациентов с ХСН связано, по-видимому, с большим конечно-диастолическим объёмом (КДО) этих пациентов. Вместе с тем, увеличение КДО у больных с ХСН приводит к ещё большему увеличению напряжения стенки левого желудочка, по закону Лапласа, и ухудшению кровоснабжения миокарда, что создаёт условия для сохранения ишемии миокарда и прогрессирования ХСН.

Цель работы: Диастолическая нарушения являлись основной причиной ХСН у больных с артериальной гипертензией (АГ), не имеющих ишемической болезни сердца (ИБС). Преимущественно наблюдался тип замедленной релаксации. Это свидетельствует о том, что на начальном этапе развития ХСН, связанной, как правило, с АГ, когда ещё не присоединилась систолическая дисфункция ЛЖ, развивается 1 тип диастолической дисфункции (ДД) (с замедленной релаксацией), более лёгкий по своим клиническим проявлениям и проще поддающийся терапии [7].

Материалы и методы исследования: Большой интерес у исследователей в последнее время вызывает сочетанное поражение сердца и мозга. Это явилось предпосылкой для создания отдельной дисциплины кардионеврологии. Однако исследования в этой области велись преимущественно в двух направлениях.

Результаты: Во-первых, изучалась роль острой и хронической кардиальной патологии в развитии и прогнозе мозговых инсультов. ХСН также является фактором риска развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), причём вероятность развития ОНМК обратно пропорциональна сократительной способности левого желудочка.

Вторым направлением было изучение острых кардиальных дисфункций у больных с мозговым инсультом. Эти состояния объединили термином «цереброкардиальный синдром». У больных могут развиваться различные нарушения ритма и проводимости, ухудшаются показатели вариабельности гемодинамики сердечного ритма.

Инсульт - вторая ведущая причина смерти во всём мире. Каждые две секунды у кого-то в мире случается инсульт. В 2016 году было почти 14 миллионов случаев первичного инсульта в мире. Инсульт причина около 6,2 миллиона смертей каждый год, отнимая жизнь каждые пять секунд. В течение следующих 15 лет (к 2035 году) мировое заболевание, инвалидность и ранняя смерть, связанные с инсультом, будут удвоены. Почти 1 из 8 (12%) смертей во всём мире вызваны инсультом. Около 1 из 6 человек будут страдать инсультом в своей жизни. Ожидается, что в первые 20 лет (в период с 2035 года) частота первичных инсультов у лиц в возрасте 45 лет и старше возрастёт на 59%. У выживших после инсульта имеется наибольший риск следующего инсульта в первые 30 дней после инсульта. Примерно 1 из 4 выжившие перенёсших инсульт будет переносить ещё один инсульт в течение пяти лет. Примерно один из четырёх инсульта случается с людьми трудоспособного возраста. У людей после 55 лет вероятность случаев инсульта высока. Наличие высокого кровяного давления может утроить риск развития инсульта и сердечных заболеваний. Высокое кровяное давление является фактором, способствующим примерно половина случаев инсульта в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии. Лечение высокого кровяного давления значительно снижает риск инсульта, сердечного приступа и сердечной недостаточности. Снижение систолического артериального давления на 10 мм рт. ст. снижает риск инсульта и сердечного приступа на 20%. Некоторые факторы риска инсульта известны как изменяемые факторы риска: аспекты образа жизни людей, которые могут управляться или улучшаться посредством собственного поведения. Управление изменяемыми факторами риска, такими как неправильное питание, курение или избыточный вес, может помочь к другим факторам риска, такими как высокое кровяное давление и диабет, а также, в свою очередь, снизить риск инсульта. Большое международное исследование, опубликованное в 2016 году, показало, что 10 модифицируемых факторов риска причина 9 из 10 инсульта по всему миру [8].

Управляемые: Высокое артериальное давление (АД), высокий уровень холестерина в крови, диабет (тип 2), избыточный вес, Курение, Потребление алкоголя, употребление наркотиков, нет физических упражнений.

Не управляемые факторы: Возраст, пол, семейная история болезни сердца, история болезни сердца, (отверстие в сердце), диабет (тип 1), фибрилляция предсердий [8].

Повышенная вариабельность артериального давления способна оказывать выраженное негативное влияние на состоянии церебральной сосудистой системы и приводит к значительной микротравматизации стенок сосудов и срыва сосудистой ауторегуляции. Резкие изменения биоритма жизненного цикла человека в значительной степени влияют на нарушение регуляции вегетосудистой системы и приводят к срыву регуляции сосудистого тонуса с возникновением феноменов «вегетативной бури» и резко повышения АД по типу «Night peacker» [9].

Установлено, что отсутствие адекватного контроля уровня артериального давления является важным фактором риска (ФР) повторного ишемического инсульта (ИИ). Важной причиной отсутствия адекватного контроля уровня АД при лечении у значительного числа больных с артериальной гипертензией является низкая приверженность пациентов к систематическому лечению на фоне отсутствия готовности к изменению образа жизни и устранению потенциально модифицируемых факторов сосудистого риска [10].

Скрининг инсульта представляет собой активное профилактическое выявление основных модифицируемых ФР (артериальная гипертензия) в том числе и у бессимптомных пациентов. К наиболее широко используемым диагностическим методикам, составляющим основу скрининга ОНМК в популяции, можно отнести следующее:

-Контроль АД, ведение дневника АД/ЧСС, при необходимости выполнение суточного мониторинга АД (уровень доказательности А) [11].

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) в условиях обычной жизнедеятельности человека открывает дополнительные диагностические возможности, позволяя более точно верифицировать начальные отклонения в суточном ритме и величине артериальной давления, точнее отражая тяжесть АГ и её прогноз [9].

В отличие от клинического измерения результаты суточного исследования точнее отражают истинный уровень давления теснее коррелируют со степенью поражения органов-мишеней, а также позволяют оценить стабильность АД в течение суток и утреннюю динамику. В последнее время выявлено прогностическое значение ряда параметров суточного профиля АД. Согласно данным научной литературы, наблюдаемое повышение АД в ночное время и отсутствие адекватного его снижения может указывать на наличие тяжёлого поражения органов-мишеней у пациентов с артериальной гипертензией, а также является независимым фактором риска летального исхода от сердечно-сосудистых осложнений. Доказано что высокая вариабельность АД ассоциирована с более частым развитием цереброваскулярных осложнений.

- При проведении СМАД у всех пациентов с АГ, перенёсших ОНМК, несмотря на достижение целевых уровней АД, отмечается нарушение суточного профиля АД.

- Оценка эффективности гипотензивной терапии у пациентов с АГ, перенёсших ОНМК, должна проводиться с учётом показателей СМАД.

При проведении СМАД зарегистрировано достижение целевых уровней среднесуточного АД, однако обнаружено отклонение отдельных показателей, таких как вариабельность, степень ночного снижения и индекс времени АД, которые являются самостоятельными предикторами церебральных сосудистых осложнений и смерти на фоне АГ [12, 13].

Выводы: Полученные результаты согласуются с мнением других авторов о том, что отсутствие адекватного снижения АД в ночные часы является предиктором сердечно-сосудистых осложнений при АГ. Таким образом, результаты проведённого исследования позволяют высказать суждение о существенной зависимости выраженности неврологического дефицита и прогноза инсульта от показателей АД в дебюте заболевания. Артериальная гипотензия в острейшем периоде инсульта сопряжена с тяжёлым течением и неблагоприятным прогнозом заболевания [14].

Наибольшие изменения показателей суточного мониторирования АД касаются не абсолютных значений АД, а динамических характеристик, отражающих изменения АД в течение суток (вариабельность АД, скорость и величина утреннего подъёма АД, тип суточного профиля АД). при развитии ИИ имеет место переход нормального суточного ритма в неблагоприятный (night-peakers). При назначении антигипертензивной терапии больным в остром периоде инсульта необходимо учитывать не только уровень АД в начале заболевания, но и показатели СМАД [14].

На основании изученных литератур можно сказать что и при ХСН и при ОНМК измерения суточного профиля АД имеет первостепенное значение в лечении и предиктировании исходы болезни.

Литература

1. Петрухина А.А. Прогноз и лечение хронической сердечной недостаточности (данные 30-летнего наблюдения). Диссер. на соискание ученой степени канд. мед. наук. Москва. 2008. 122 с
2. Вариабельность сердечного ритма. Стандарты измерения, физиологической интерпретации и клинического использования. Рабочая группа Европейского Кардиологического Общества и Северо-Американского общества стимуляции и электрофизиологии (Рекомендации)// Вестник аритмологии. 1999. №11. С. 53+78.
3. Eckberg D.L., Drabinsky M., Braunwald E. Detective cardiac parasympathetic control in patients with heart disease // N. Engl. J. Med., 1971. 285.+877+882 p.
4. Esler M., Kaye D., Lambert G., et al: Adrenergic nervous system in heart failure// Am. J. Cardiol., 1997;80:71+141.

5. Ferguson D.W., Abboud F.M., Mark A.L. Selective impairment of baroreflex-mediated vasoconstrictor responses in patients with ventricular dysfunction// *Circulation*. 69:451, 1984.
6. Francis G.S., Goldsmith S.R., Levine T.V., et al. The neurohumoral axis in congestive heart failure// *Ann. Intern. Med.* 101:370,1984.
7. Научные Ведомости Серия Медицина. Фармация. 2010. № 10 (81). Выпуск 10
8. О.А. Ефремова Л.А.Камышникова. Особенности гемодинамики у больных хронической сердечной недостаточностью в зависимости от функционального класса и фракции выброса. Журнал «Научные ведомости Белгородского государственного университета». Серия:(10-81) Медицина. Фармация 2010г.
9. State of the Nation Stroke statistics - February 2018.
10. Т.В. Михайловская, И.Е. Мишина, М.Ю. Точёнов. Влияние стандартной антигипертензивной терапии на суточный профиль артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью в остром периоде ишемического инсульта.
11. 10.Российский кардиологический журнал № 1 (69) / 2008 стр 39.
12. Клинические рекомендации по диагностике и тактике при инсульте в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику 2013 г. РФ.
13. Хурс Е. М., Андреев П. В., Поддубная А. В., Евсина М. Г., Смоленская О. Г. Количественные критерии диагноза артериальной гипертонии по данным суточного мониторирования артериального давления. Артериальная гипертония. 2010;16(1):104–107. [Churs EM, Andreyev PV, Poddubnaya AV, Evsina MG, Smolenskaya OG. Quantitative criteria of the diagnosis of an arterial hypertension according to ambulatory blood pressure monitoring. *Arterialnaya Gipertenziya Arterial Hypertension*. 2010;16(1):104–107. In Russian].
14. Парфенов В. А., Вербицкая С. В. Профилактика инсульта на основе снижения артериального давления и исследование POWER. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013; 1:64–68. [Parfenov VA, Verbitskaya SV. Prevention of stroke by lowering blood pressure and research POWER. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2013; 1:64–68. In Russian].
15. Методы диагностики и технологии суточный профиль артериального давления в остром периоде ишемического инсульта Л. Б. Новикова 1, Г. И. Ижбульдина *2 10.10.2012

Түйін

Икромов Х.С.

Ташкент медициналық академиясы, Ташкент, Өзбекстан.

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНДЕГІ ЖӘНЕ ЖЕДЕЛ МИ ҚАНАЙНАЛЫМ БҰЗЫЛЫСЫНДАҒЫ ГЕМОДИНАМИКАНЫҢ РЕТТІЛІГІН БАҒАЛАУ

Зерттеушілердің созылмалы жүрек жетіспеушілігіне және церебралды айналымның өткір бұзылуын тудыру тәуекеліне қарамастан, бұл мәселе жеткілікті зерттелмеген. Мақалада созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, артериалды гипертониямен ауыратын цереброваскулярлы аурудың пайда болу қаупі және күнделікті артериялық қысым профиліндегі өзгерістер туралы әдеби мәліметтер берілген.

Кілт сөздер: созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, ишемиялық инсульт, артериялық гипертония, мониторинг.

Summary

Ikromov Kh.S.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

THE ROLE OF EVALUATION OF VARIABILITY OF HEMODYNAMICS IN CHRONIC HEART FAILURE AND IN ACUTE BRAIN CIRCULATION DISTURBANCE.

Despite the increasing attention of researchers to chronic heart failure and the risk of developing an acute violation of cerebral circulation, this problem has not been studied enough. The article provides literature data on the relationship of chronic heart failure, the risk of developing acute cerebrovascular accident with hypertension and changes in the daily blood pressure profile.

Key words: chronic heart failure, ischemic stroke, arterial hypertension, monitoring, cerebral circulation.

МРНТИ 76.31.00
УДК 577.114.7:615.454

И.В. Ковалевская, Е.А. Борко

Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬГИНАТОВ КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОИЗВОДСТВЕ СУППОЗИТОРИЕВ

Резюме

Приведена характеристика суппозиториев как актуальной лекарственной формы. Показаны возможности использования вспомогательных веществ в технологии суппозиториев. Дана характеристика альгиновой кислоты и ее солей. Исследована зависимость химической структуры альгинатов от их физико-химических свойств. Рассмотрены различные марки альгинатов и их возможность применения при разработке состава и технологии ректальных лекарственных форм. Дана характеристика гидроколлоидных структур на основе альгинатов.

Ключевые слова: суппозитории, альгинаты, соли альгиновой кислоты, вспомогательные вещества, гидроколлоидная структура.

Актуальность проблемы: Среди большого разнообразия лекарственных форм, особенное место занимают суппозитории. Эта лекарственная форма имеет ряд значительных преимуществ, что дает возможность активно использовать ее в терапии многих заболеваний. В технологии создания суппозиториев важная роль отведена вспомогательным веществам, которые могут корректировать физико-химические показатели активных фармацевтических ингредиентов. С этой целью могут использоваться такие группы веществ как: пластификаторы, солюбилизаторы, прологаторы, уплотнители и т.п. [4]. Особый интерес представляет разработка суппозиториев с производными альгиновой кислоты как модификатора высвобождения.

Цель исследования: Определение перспектив использования альгинатов при производстве лекарственной формы – суппозиториев.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования стали альгиновая кислота и ее соли. Определение возможностей использования альгинатов проводилось с помощью контент-анализа официальных источников информации.

Результаты и их обсуждение: Было установлено, что альгинаты - вещества полисахаридной природы, которые извлекают из разных видов водорослей. Существует несколько источников сырья: *Laminaria japonica*, *Laminaria hyperborea*, *Lessonia trabeculata*, *Lessonia nigrescens*, *Durvillaea antarctica* [2], из которых возможно получить альгинаты со специальными функциональными свойствами [8]. За структурным строением альгиновая кислота является линейным полимером, состоящим из β -D-манноновой кислоты (M) и α -L-глюкуроновой кислоты (G), что связаны между собой 1,4-гликозидными связями [5]. (рис. 1 и рис. 2)

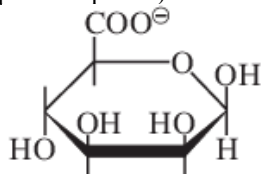


Рисунок 1 - β -D-манноновая кислота (M)

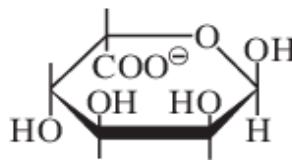


Рисунок 2 - α -L-глюкуроновая кислота (G)

В молекуле солей альгинатов есть анионная группа, что называется блоком-сополимером и существуют в трех различных вариациях: M-блок, G-блок, MG-блок. В различных типах альгинатов последовательность и состав блоков являются вариабельными. В большинстве марок альгината присутствует структура MG-блоков (рис. 3.В), где мономерные производные манноновой и глюкуроновой кислоты попеременно чередуются. Для структуры M-блоков (рис.3.А) характерно присутствие мономеров только манновой кислоты, в то время как G-блоки (рис. 3.Б) располагают только глюкуроновыми мономерами. Примером может быть фактор соотношения M-блоков (Fm) и фактор соотношения G-блоков (Fg) для представленной выше сырьевой базы получения альгинатов: *Laminaria japonica* (Fm = 0,66; Fg = 0,34), *Laminaria hyperborea* (Fm = 0,30; Fg = 0,70), *Lessonia trabeculata* (Fm = 0,33; Fg = 0,67), *Lessonia nigrescens* (Fm = 0,60; Fg = 0,40), *Durvillaea antarctica* (Fm = 0,69; Fg = 0,31).

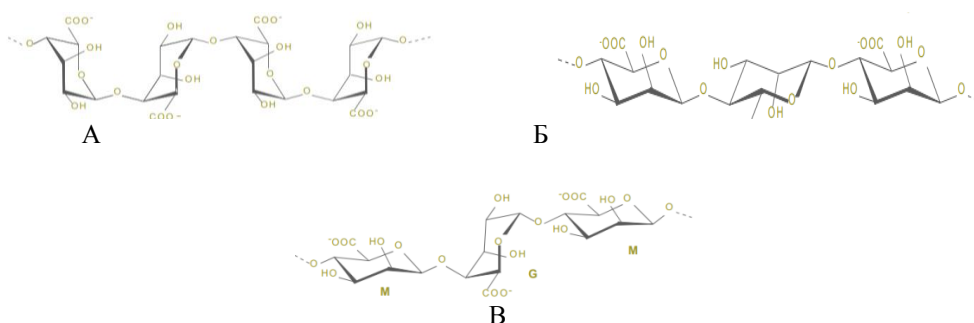


Рисунок 3 - Структура производных альгиновой кислоты в зависимости от соотношения G/M блоков: А- М-блоки; Б- G-блоки; В- MG-блоки

Возможности применения альгинатов в фармации достаточно разнообразны (табл.1). В зависимости от сферы использования и необходимого эффекта прибегают к разным маркам альгината. Применение в лекарственных формах с контролем pH среды нашли: Protanal LFR 5/60, Protacid F 120 NM, Protanal LFMG 5/60. Как матрицы высвобождения используются: Protanal CR 8133, Manucol LKX, Protanal CR 8223. Примером стабилизаторов и дезинтеграторов являются: Manucol LB NF, Manucol LD (P), Kelcoloid K3B426 (PGA).

Таблица 1 - Физико-химические показатели составов в зависимости от соотношения G и M структур

№	Название марки	Соотношение G и M блоков	Вязкость при концентрации 1-4%, сПз	Состав
1	Protanal LFR 5/60	65-75/ 25-35	300-700	Альгинат натрия
2	Protacid F 120 NM	65-75/ 25-35	-	Альгиновая кислота
3	Protanal LFMG 5/60	65-75/ 25-35	1000-1800	Альгинат натрия
4	Protanal CR 8133	30-40/60-70	100-300	Альгинат натрия
5	Manucol LKX	30-40/60-70	60-170	Альгинат натрия
6	Protanal CR 8223	30-40/60-70	600-900	Альгинат натрия
7	Manucol LB NF	30-40/60-70	20-100	Альгинат натрия
8	Manucol LD (P)	30-40/60-70	4-12	Альгинат натрия
9	Kelcoloid K3B426 (PGA)	30-40/60-70	1000-1500	Пропиленгликоль альгината

Из данных представленных в таблице можно сделать вывод, что как вспомогательные вещества в производстве суппозитория необходимо выбирать марки альгинатов с преобладающим содержанием М над G блоками в молекуле. Введение этих веществ поможет создать более мягкую, эластичную и менее пористую структуру, лекарственная форма будет распадаться более быстро, легче будет проходить процесс высвобождения [1].

В состав суппозитория альгинаты как правило вводятся в виде гидроколлоидной структуры, которая образуется в результате подкисления альгинатов при растворении или добавлении различных ионов [6].

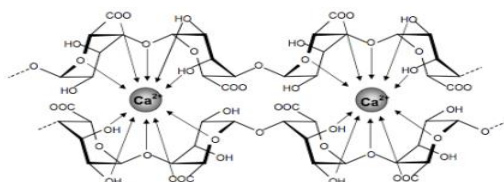


Рис.4. Образование комплекса кальций-альгинат

При внесении в раствор альгината двух- или трехвалентных катионов происходит ионное взаимодействие и создание внутримолекулярных связей между внесенным катионом и анионной частью альгината. Катионом, который чаще используются для этих целей, являются Ca²⁺. Примером может служить - кальция цитрат. Он медленно высвобождается, что способствует необходимой скорости диффундирования через весь объем альгината [7]. Еще одним показателем для солей кальция является

нерастворимость в воде при обычных условиях, при снижении рН этот показатель значительно улучшается. На рис. 4 приведена схема образования полимерного комплекса кальций-альгинат [3].

Таким образом, при использовании солей альгиновой кислоты можно получить структуру дифильной основы суппозитория с различной вязкостью, скоростью седиментации и способностью к модифицированному высвобождению. Данные характеристики позволят разработать состав и технологию ректальной лекарственной формы с регулируемой продолжительностью действия и повысить биофармацевтические показатели активных фармацевтических ингредиентов.

Выводы: В работе рассмотрены перспективы использования альгинатов как ректальных лекарственных форм. Показано, что альгинаты могут иметь различные физико-химические свойства в зависимости от технологии получения. Установлено, что при разработке состава и технологии суппозитория рационально использовать марки альгинатов с преобладающим содержанием мономеров манновой кислоты. Полученные данные рационально использовать при дальнейших исследованиях разработки состава и технологии ректальных лекарственных форм.

Литература

1. Ковалев В.В. Разработка быстрорастворимой формы альгината натрия / В.В. Ковалев [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. - №2. – С.88-92
2. Ковалева Е.А. Обоснование использования ламинариевых для получения пищевых систем с заданными функциональными свойствами / Е.А. Ковалева, В.М. Соколова // Научные труды Дальрыбвтуза. – 2011. - № 23. – С.156 – 164
3. Пестина Г.А. Структурно-механические свойства гелей альгината-натрия, полученных в присутствии CaCO₃ и D-глюконо-блуктозу / Г.А. Пестина, Е.П. Пивоваров // Вестник НТУ «ХПИ». - 2005. - № 26. - С. 125 - 132.
4. Тихонов А.И., Ярных Т.Г., Гудзенко А.П. Учебное пособие по аптечной технологии лекарств / Под ред. А.И.Тихонова // Основа, Х.: 1998. -336 с.
5. Хотимченко Ю.С. Физико-химические свойства, физиологическая активность и применение альгинатов — полисахаридов бурых водорослей / Ю.С. Хотимченко, В.В. Ковалев, О.В. Савченко, О.А. Зиганшина // Биология моря. - 2001. - Т. 27. - № 3. - С. 151-162.
6. Шикова Ю.В. Использование в технологии получения лекарственных препаратов современных вспомогательных веществ – высокомолекулярных соединений / Ю.В. Шикова [и др.] // Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. – 2018. – 20(1). – С.222-226
7. Shilpa A. Controlled Delivery of Drugs from Alginate Matrix / A. Shilpa, S.S. Agrawal, A.R. Ray // Polymer Reviews. – 2003. - 43(2). P. 187-221.
8. Tonnesen H.H. Alginate in Drug Delivery Systems / H.H. Tonnesen, J. Karlsen // Drug Development and Industrial Pharmacy. – 2002. -28(6). P. 621-630

Түйін

И.В. Ковалевская, Е.А. Борко

Ұлттық фармацевтикалық университет, Харьков, Украина

СУППОЗИТОРИ ӨНДІРІСІНДЕ СҮЙМЕЛДЕУШІ ЗАТ РЕТІНДЕ АЛЬГИНАТТАРДЫ ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ

Сипатталған суппозиторийлер нақты доза нысаны ретінде. Шұжық технологиясында көмекші заттарды қолдану мүмкіндігі. Алгин қышқылының және оның тұздарының сипаттамасы. Алгинаттардың негізгі құрылымдарына олардың физико-химиялық қасиеттерінен тәуелділігі. Алгинаттардың әртүрлі маркалары және олардың түзу дәрілік формаларының құрамын және технологиясын әзірлеуде қолдану. Алгинаттарға негізделген гидроколлоидтік құрылымдардың сипаттамасы.

Кілт сөздер: суппозиторийлер, алгинаттар, алгин қышқылының тұздары, қосалқы заттар, гидроколлоидті құрылымы.

Summary

I.V. Kovalevskaya, E.A. Borko

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

PROSPECTS OF THE USE OF ALGINATES AS AUXILIARY SUBSTANCES IN THE PRODUCTION OF SUPPOSITORIES

The characteristic suppositories as the actual dosage form. The possibility of using auxiliary substances in suppository technology. The characteristic of alginic acid and its salts. The dependence on the basic structures of alginates from their physicochemical properties. The various brands of alginates and their applying in the development of the composition and technology of rectal dosage forms. The characteristic of hydrocolloid structures based on alginates.

Key words: suppositories, alginates, alginic acid salts, auxiliary substances, hydrocolloid structure.

МРНТИ 76.31.29

УДК 616.61+616.12-008.46-036.12:615.225.2

Сайфудинова О. М., Разигов А. А., Рахимова М.Э.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Резюме

С целью нашего изучения эффективности антагонистов рецепторов ангиотензина II у больных с хронической сердечной недостаточностью и хронической болезнью почек обследованы 60 больных. Изучали действие Антагонистов рецепторов Ангиотензина II (телмисартан) на функциональные состояния почек при хронической сердечной недостаточностью путем оценки СКФ по расчетной формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) в мл\мин\1,73м.

Установлена что АРА II-телмисартан, подавляя активность ренин-ангиотензиновой системы улучшает гемодинамику почечной ткани, и этим улучшается функциональное состояние почек.

Ключевые слова: Хроническая сердечная недостаточность, антагонисты рецепторов ангиотензина II, хроническая болезнь почек.

Актуальность проблемы: Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность этой темы при ХСН происходит нарушение кровообращения в органах мишеней (головной мозг, печень, сердце) в том числе и почек. В доступной литературе влияние ХСН на функцию почек весьма противоречивы и остается актуальным найти препарат влияющий на функцию почек. ХСН отличается высокой популяционной частотой, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения [1] и постоянно увеличивающимися финансовыми расходами на лечение больных.

Прогноз у больных с ХСН крайне неблагоприятный. По международным данным, смертность среди них в 4-8 раз выше, чем в общей популяции соответствующего возраста. У больных с ХСН IY Кл по NYHA смертность в течение полугода достигает 44%. При не тяжелой ХСН в течение 4 лет с момента постановки диагноза живет лишь половина больных. [2].

В последние годы было показано, что к значительному ухудшению прогноза при ХСН считается нарушение функции почек, которое приводит к повышению креатинина в сыворотке крови, снижению скорости клубочковой фильтрации (СКФ), активация РААС, изменение почечной гемодинамики. [3].

РААС играет важную роль в регуляции хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также ряда других заболеваний. Под воздействием ренина из ангиотензиногена образуется ангиотензин I. Под действием ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) ангиотензин I превращается в ангиотензин II. [4].

Ангиотензин II — основной эффекторный пептид РААС. Он оказывает сильное сосудосуживающее действие, повышает ОПСС, вызывает быстрое повышение АД. Кроме того, он стимулирует секрецию альдостерона, а в больших концентрациях — увеличивает секрецию антидиуретического гормона (повышение реабсорбции натрия и воды, гипervолемия) и вызывает симпатическую активацию. Повышенная активность тканевых РААС обуславливает долговременные эффекты ангиотензина II, которые проявляются структурно-функциональными изменениями в органах-мишенях и приводят к развитию таких патологических процессов, как гипертрофия миокарда, миофиброз, атеросклеротическое поражение сосудов мозга, поражение почек и др. [5] Одним из представителем АРА II является Тирегис (Телмисартан)

Цель исследования: Цель исследования в изучении эффективности применения телмисартана на функциональные состояния почек у больных с ХСН II-III ФК и хронической болезнью почек.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов (33 мужчин и 27 женщин) с клиническими проявлениями ХСН, находившихся на стационарном лечении в отделениях в отделениях кардиологии и кардиореабилитации 3- клиники ТМА, в возрасте 50-83 лет, средний возраст — 66,8 ± 9,8 лет. Из исследования были исключены больные с острой сердечной недостаточностью, острым инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, ревматическими пороками сердца, миокардитами. Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭхоКГ, СКФ по расчетной формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) в мл\мин\1,73м.

. Больные были разделены на II группы. I группа 32 больных (18 мужчин и 12 женщин) в течение 6 месяцев получали Антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II) Тирегис (телмисартан 40-80 мг в сут). II группа 28 больных (15 мужчин и 15 женщин) получали стандартную терапию (мочегонные, В блокаторы, АПФ ингибиторы).

Для исследования почечной функции после проведенной шести месячной терапии телмисартаном и стандартным лечением всем обследованным измеряли СКФ по расчетной формуле MDRD.

Результаты: У больных с ХСН отмечается снижение СКФ. Прием Телмисартана, подавляющего активность РАС, вызвал улучшение СКФ и почечную гемодинамику на 19,1 %. Результаты исследования показали, что у больных первой и второй групп II ФК ХСН СКФ составила $72,1 \pm 14,5$ и $70,2 \pm 11,3$ мл/мин/1,73 м² с ФК III ХСН $65,4 \pm 18,6$ и $61,1 \pm 16,1$ мл/мин/1,73 м². Анализ исходных данных почечной гемодинамики показал что у пациентов первой группы II-III ФК ХСН на уровне правой и левой почечных артерий бали отмечены повышение RI и PI. На фоне 6-месячного лечения в первой группе больных с II и III ФК ХСН было отмечено повышение СКФ на 18, 17% ($p < 0,05$); у больных второй группы с II и III ФК ХСН на 11 и 10%. На фоне лечения у больных первой группы отмечена улучшение показателей почечного кровотока: у больных на уровне правой и левой почечных артерий-снижение показателей RI 18 и 19 %, PI на 21 и 19 % ($p < 0,05$) увеличение Vd-на 13 и 12 %, у больных второй группы составила RI 11 и 12 %, PI на 16 и 17 % ($p < 0,05$) увеличение Vd-на 8 и 9 %.

Анализ исходных данных почечной гемодинамики показал что у пациентов первой группы II-III ФК ХСН Блокада AT1-рецепторов, сопровождающая одновременной стимуляцией AT2-рецепторов, приводит к расширению афферентной и эфферентной артериол, увеличивает почечную перфузию и одновременно снижает внутривенное давление и гиперфильтрацию, что припятствует повреждающим эффектам AT II.

Вывод. Шестимесячное 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.

Литература

1. Амосова Е.Н. Блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы в лечении ХСН: вопросы решенные и нерешенные / Е.Н.Амосова // Здоров'я України. -2008. -№ 17 (198). – С.30-31.
2. Беленков Ю. Н, Мареев В. Ю, Агеев Ф.Т. Эпидемиологическое исследование сердечной недостаточности: Состояние вопроса // Сердечная недостаточность -2002- С.95.
3. Резник Е.В, Гендлин Г.Е, Строжаков Г.И. <<Дисфункция почек у больных с хронической сердечной недостаточностью: Патогенез, диагностика и лечение>> // Сердечная недостаточность, Т.6. - № 6 (34), 2005 – С. 45-50.
4. Иванов Д. Д. Хроническая болезнь почек и кардиоваскулярные риски: поиск решений / Д.Д. Иванов // Здоров'я України. -2007. -№ 12\1.-С. 16-17.
5. Мареев В.Ю Основные достижения в области понимания, диагностики и лечения ХСН в 2003 году // Сердечная недостаточность -2004- С.102.
6. Renoprotective effects of rennin-angiotension-system inhibitors / D/ De Zeeuw, E J Lewis G.Remuzzi et.al. // Lanset. – 2006.- Vol 367,№ 9514.- P.900-905.

Түйін

Сайфудова О., Разиков А.А., Рахимова М.Е.

Ташкент медициналық академиясы, Ташкент қаласы, Республика Узбекистан

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНІҢ АЯСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЫ КЕЗІНДЕ АНГИОТЕНЗИН II РЕЦЕПТОРЛЫҚ АНТАГОНИСТІНІҢ ТИІМДІЛІГІ

Зерттеудің мақсаты созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастарда интравенді гемодинамиканың ерекшеліктерін зерттеу болып табылады, оның ішінде 32 пациент зерттелді. Импульстік толқынды қолдану арқылы ангиотензин II рецепторлық антагонисттерінің (телмисартан) созылмалы жүрек жеткіліксіздігі кезінде бүйрек гемодинамикасы әсері зерттелді. Ренин-ангиотензин жүйесінің қызметін тоқтататын Telmisartan, сондай-ақ бүйрек тіндеріндегі қанмен қамтамасыз етуді арттыру анықталды.

Кілт сөздер: созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, ангиотензин II рецепторлары антагонисты, созылмалы бүйрек.

Summary

Sayfudinova O. M., Razikov A.A., Rakhimova M.E.
Tashkent Medical Academy Tashkent city R. Uzbekistan

EFFICACY OF ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE AGAINST THE BACKGROUND OF CHRONIC HEART FAILURE

The aim of the study is that to investigate the features of intrarenal hemodynamics in patients with chronic heart failure, for this 32 patients were investigated. The effect of angiotensin II receptor antagonists (telmisartan) on renal hemodynamics in chronic heart failure was studied by using the pulse-wave. It has been established that Telmisartan, suppressing the activity of the renin-angiotensin system, as well as increasing the blood supply in the renal tissues.

Keywords: Chronic heart failure, angiotensin II receptor antagonists, chronic kidneys.

МРНТИ 76.09
УДК 613:665.583.44

Сатай А.А., Кадырбаева Г.М.

АО «Национальный медицинский университет», Алматы, Республика Казахстан

СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Резюме

Общеизвестным остаётся тот факт, что бактериальный налёт на поверхности зубов рассматривается как первичный фактор, вызывающий воспаление пародонта. В связи с этим для уменьшения риска возникновения воспалительных заболеваний пародонта необходимо проведение комплекса профилактических мероприятий, неотъемлемой частью которого является индивидуальный подбор адекватных средств гигиены полости рта. В статье представлен обзор основных средств, используемых для гигиены полости рта. Приведена классификация и анализ ассортимента, зарегистрированных средств для гигиены полости рта.

Ключевые слова: гигиена, зубная паста, зубные эликсиры, зубные щетки, флоссы.

Актуальность проблемы: Гигиена полости рта – это основное профилактическое мероприятие, которое должно проводиться по всем правилам, вне зависимости от возраста человека и состояния здоровья его зубов. Значение ухода за полостью рта в комплексе профилактических и лечебных мероприятий при предупреждении основных стоматологических заболеваний не так давно по-разному оценивалось отдельными врачами и учеными. Так, некоторые специалисты видели в тщательном и систематическом уходе за зубами одно из основных профилактических воздействий. Другие придавали уходу за полостью рта весьма второстепенное значение и считали, что даже самое четкое осуществление его не может способствовать предупреждению заболеваний зубов и тканей пародонта. В последние годы большинство исследователей и врачей пришло к совершенно справедливому выводу, что систематический и правильно организованный уход за полостью рта является неотъемлемой частью профилактических мероприятий [1].

Состояние полости рта является одним из важных показателей уровня индивидуального и общественного здоровья населения. В связи с этим выбор средств для поддержания гигиены полости рта является немаловажным фактором.

Цель исследования: Изучить средства для полости рта, зарегистрированные в Едином реестре свидетельств о государственной регистрации на территории ЕАЭС.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования является Единый реестр свидетельств о государственной регистрации на территории Евразийского экономического союза за 11.12.2018 год. В работе использован статистический метод исследования.

Результаты и обсуждения: Классификация средств для гигиены полости рта приведена в таблице 1.

Таблица 1 - Классификация средств для гигиены полости рта

Твердые средства гигиены полости рта	Зубные пасты или гели; зубные порошки
Жидкие средства гигиены полости рта	Зубные ополаскиватели, эликсиры, освежители, бальзамы
Дополнительные средства гигиены полости рта	Зубные щетки, ершики, флоссы (нити), зубочистки

Учитывая непосредственное интенсивное воздействие этих препаратов на зубную эмаль и слизистые, к ним предъявляются следующие требования: - безвредность; - химическая и фармакологическая индифферентность; - наличие нейтрализующей способности по отношению к образующимся в полости рта кислотам (главным образом молочной), разрушающим зубную эмаль; - достаточные абразивные свойства (для зубных паст и порошков) [2].

На территории Таможенного союза действует Единый реестр свидетельств о государственной регистрации от 17.08.2010 решением Комиссии Таможенного союза №341. Согласно анализу, зарегистрированных средств для гигиены полости рта в Едином реестре, большую часть занимают зубные щетки, следом идут зубные ополаскиватели и пасты, и лишь малую часть занимают зубочистки, флоссы, зубные порошки (рис.1).

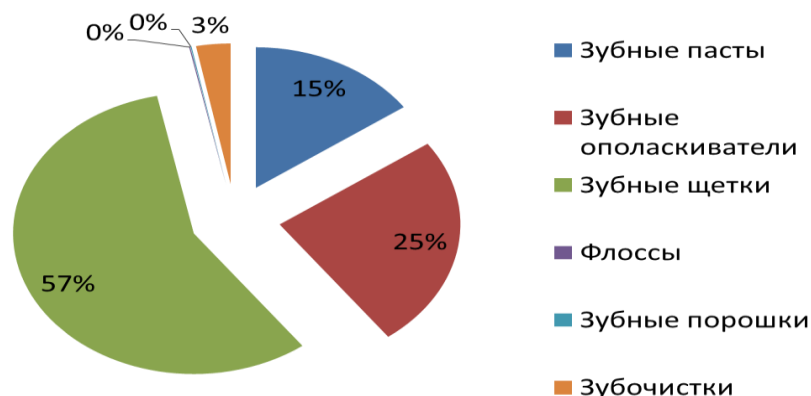


Рисунок 1 - Анализ средств для гигиены полости рта

Зубная щетка – это основной предмет гигиены, предназначенный для механического удаления остатков пищи. Зубная щетка состоит из головки, ручки и шейки. Головка зубной щетки может быть изготовлена из натуральной щетины или из синтетического волокна. Зубные щетки из синтетического волокна обладают рядом преимуществ: синтетическое волокно более эластично, оно не набухает и быстро сохнет. В натуральной же щетине в центре имеется пустотелый канал, где скапливается и развивается микрофлора. Существует пять степеней жесткости: очень жесткие, жесткие, средней жесткости, мягкие, очень мягкие. При болезнях пародонта, сопровождающихся повышенной кровоточивостью десен, детям, а так же лицам при повышенной стираемости твердых тканей зуба следует применять щетки с более мягкой степенью жесткости. Лицам, у которых быстро образуется мягкий налет на зубах, рекомендуется пользоваться более жесткими зубными щетками.

Таблица 2 - Классификация зубных паст (табл.2).

Вид зубных паст	Описание
1. Гигиенические	оказывают только очищающее и освежающее действие
2. Лечебно-профилактические: - для ежедневного применения; - курсовые.	содержат дополнительные компоненты, которые нужны для лечения и профилактики стоматологических заболеваний
3. Профессиональные.	пасты с завышенным показателем абразивности, которые используются только врачом-стоматологом при профессиональной чистке зубов.
4. Медицинские.	зарегистрированы как лекарственное средство и применяются курсами

В настоящее время самым доступным и широко распространенным средством гигиены полости рта является зубная паста. Зубная паста — косметическое средство гигиенического ухода за полостью рта и зубами на основе суспензии абразивно-полирующих материалов в водно-глицериновых растворах гелеобразующих и поверхностно-активных веществ. Зубные пасты выпускаются в виде крема, геля, пасты или жидкой пасты. Зубные пасты должны быть безвредны, не должны иметь раздражающего действия на слизистую оболочку [3].

Зубные эликсир и ополаскиватели - косметические препараты по уходу за полостью рта, представляющие собой водно-спиртовые растворы биологически активных веществ, оказывающие противовоспалительное, антимикробное, регенерирующее и дезодорирующее действие. Зубные эликсир классифицируют по назначению на гигиенические, обладающие очищающим, освежающим, дезодорирующим и отбеливающим действием, и лечебно-профилактические, оказывающие противокариесный, противопародонтозный эффект.

Зубной порошок — менее популярный у потребителя препарат для ухода за полостью рта. Данный факт обусловлен рядом причин: широким распространением зубных паст, занявших прочные позиции на современном косметическом рынке, агрессивным воздействием препарата на зубную эмаль, отсутствием привычных для потребителя свойств (пенообразование, удобство в применении, равномерное распределение массы в полости рта, быстрое и полное вымывание). Зубной порошок представляет собой смесь абразивных веществ, биологически активных и вкусовых добавок. Препарат хорошо очищает зубы, нейтрализует образованные в полости рта кислоты, обладает дезинфицирующими свойствами [2].

Вывод. Таким образом, применение средств для гигиены полости рта послужит мотивацией для соблюдения правил индивидуальной гигиены полости рта в сочетании с использованием лечебно-профилактических средств, оказывающих антимикробное и противовоспалительное действие и позволит добиться значительно положительных результатов в комплексном лечении воспалительных заболеваний тканей пародонта.

Литература

1. Ерина, С.В. Роль гигиены полости рта в лечении воспалительных заболеваний пародонта : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.В. Ерина.— М., 1987.— 20 с.
2. А.Г.Башура, Н.П.Половко,Е.В.Гладух Технология косметических и парфюмерных средств.- Харьков.- НФАУ «Золотые страницы».- 2002 г.- с 179.
3. Г.Ш. Павлова. Профессиональная гигиена полости рта. \ Vestnik современной клинической медицины.- 2011.- Том 4 приложение 1.- С. 31.
4. Единый реестр свидетельств о государственной регистрации 2018 года <https://portal.eaeunion.org>

Түйін

Сатай А.А., Қадырбаева Г.М.

Ұлттық медициналық университеті» АҚ, Алматы, Қазақстан Республикасы

АУЫЗ ГИГИЕНАСЫ ҮШІН ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЗАТТАР

Тістің бетіндегі бактериялық ұрықтың пародонттың қабынуын тудыратын бастапқы фактор. Осыған байланысты пародонттың қабыну ауруларының пайда болу қаупін азайту үшін профилактикалық іс-шаралар кешенін жүргізу қажет, оның ажырамас бөлігі ауыз қуысы гигиенасының барабар құралдарын жеке тандау болып табылады. Мақалада ауыз қуысы гигиенасы үшін қолданылатын негізгі құралдарға шолу берілген. Ауыз қуысы гигиенасына арналған тіркелген заттардың ассортименті және талдауы келтірілген.

Кілт сөздер: гигиена, тіс пастасы, тіс эликсирі, тіс щеткасы, флосстар.

Summary

Satay A.A., Kadyrbaeva G.M.

JSC "National Medical University", Almaty, Republic of Kazakhstan

DRUGS USED FOR ORAL HYGIENE

It is a well-known fact that bacterial plaque on the surface of the teeth is considered as the primary factor causing inflammation of the periodontium. In this regard, to reduce the risk of inflammatory periodontal diseases, it is necessary to carry out a set of preventive measures, an integral part of which is the individual selection of adequate oral hygiene products. The article presents an overview of the main tools used for oral hygiene. The classification and analysis of the range of registered products for oral hygiene.

Key words: hygiene, toothpaste, toothpastes, toothbrushes, dental floss.

МРНТИ 76.31.00
УДК 616.831-005

Суюнов Н.Д., Жўраева С.Л., Нарзикулова К.Ш.

Ташкентский фармацевтический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ НЕВРОЗАХ, И ИХ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ

Резюме

Арсенал используемых для лечения неврозов лекарственных средств очень широк, но отличается большой разницей в ценах. Основное влияние на цену лекарственных препаратов оказывают два процесса. Первый – установление цены, ценообразование фармацевтическим производителем лекарственных средств. Второй – государственное регулирование цен, направленное преимущественно на сдерживание их роста и обеспечение финансовой доступности лекарственных препараты.

Ключевые слова: установление цены, государственное регулирование цен, направленное преимущественно на сдерживание их роста и обеспечение финансовой доступности лекарственных препараты.

Актуальность проблемы: Исходно цену лекарственных средств назначает фармацевтический производитель. Традиционно для установления цены лекарственных средств используют метод, основанный на их себестоимости и наценках (*cost + pricing*). Более современным в установлении цены инновационных лекарственных средств является метод, основанный на объективной и субъективной ценности лекарственных средств (*value-based pricing*). Он может учитывать интересы не только фармацевтических производителей, поставщиков, но больных, плательщиков, государственных регуляторов. Элементы *value-based pricing* для инновационных лекарственных средств внедрены в ряде стран, например, в Германии, Великобритании, Швеции, Нидерландах, Австралии, Канаде, Франции. Чаше всего они тесно связаны с системой оценки медицинских технологий.

При научной экспертизе предложений о включении лекарственных средств в перечни жизненно необходимых, важных лекарственных препаратов, производится балльная оценка, которая призвана отразить ценность лекарственных средств, а также указывается цена лекарственного средства в расчете на год лечения либо курс его.

В условиях функционирующей системы лекарственного обеспечения за счет бюджета неформальная оценка соотношения цены и ценности в той или иной степени уже существует сама по себе, так как взвешенные решения о закупках, применении тех или иных лекарственных средств принимаются на основании воспринимаемой ценности и цены [1].

В эпоху технического прогресса, избытка информации, возрастания числа стрессогенных факторов социального, экономического и экологического происхождения, масштабных изменений во всех сферах жизни социума современному человеку приходится гораздо чаще, чем раньше, переносить повышенные эмоциональные и физические нагрузки. В результате этого формируется состояние хронического стресса, происходят накопление отрицательных эмоций, срыв адаптационных возможностей человека, впоследствии приводящие к развитию таких пограничных состояний, как невротические реакции, неврозы, реактивные реакции, психозы, депрессии и т. д. [2].

По данным Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость неврозами в мире за последние 65 лет возросла более чем в 20 раз. Данные эпидемиологических исследований неврозов свидетельствуют не только о большой медицинской, но и социально-экономической значимости этой проблемы: заболеваемость неврозами достигает 20–25 случаев на 1000 человек. Неврозами страдает около 20–30% городского населения и 10–15% сельского. На долю неврозов среди психических заболеваний приходится 20–25%. В общеймедицинской практике среди больных различных поликлиник и больниц выявлено 40% людей, страдающих неврозами [3].

Изучение лояльности покупателя в его отношении к той или иной аптеке выявляет оценку предпочтений потребителя при выборе торгового наименования в рамках одного международного непатентованного наименования. По данным исследователей, более активный рост продаж генериков в сравнении с продажами оригинальных лекарственных препаратов является общемировой тенденцией, при этом показателем, характеризующий долю реализации генериков на фармацевтическом рынке, варьирует в зависимости от страны. Это связано с ростом транспортно-логистических издержек, способствующих дефектуре, государственным ограничениям в ценообразовании и соответственно, с уменьшением рентабельности реализации лекарственных средств с низкой стоимостью упаковки.

Таблица 1 - Сравнительные цены лекарственного препарата международного названия «Амитриптилин» под таговым названием

№	Торговое наименование	Цена, сум.	Поставщик	Производитель, представитель	Страна
1.	Амитриптилин, таблетки, 10 мг, № 50	6770	ООО «АТМ Pharm»	АО «Гриндекс»	Латвия
2.	Амитриптилин, таблетки, 10 мг, № 50	11660	ООО «Med Import»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
3.	Амитриптилин, таблетки, 10 мг, № 50	12100	ООО Pharm Abidi Int.	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
4.	Амитриптилин, таблетки, 10 мг, № 50	12243	ООО «Med Import»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
5.	Амитриптилин, таблетки, 10 мг, № 50	12394	ООО «АТМ Pharm»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
5.	Амитриптилин, таблетки, 10 мг, № 50	12590	ООО «Malxam servis»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
6.	Амитриптилин, таблетки, 10 мг, № 50	14084	ООО «Demo Pharm Group»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
7.	Амитриптилин, таблетки, 10 мг, № 100	12720	ООО «Med Import»	АО «Узхимфарм»	Узбекистан
8.	Амитриптилин, таблетки, 10 мг, №100	13560	ООО «АТМ Pharm»	АО «УЗХИМФАРМ»	Узбекистан
9.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, №48	7600	ООО «Malxam servis»	ООО «Арпимед»	Армения
10.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, №48	7815	ООО «АТМ Pharm»	ООО «Арпимед»	Армения
11.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	8116	ООО «Optima pharm»	АО «Гриндекс»	Латвия
12.	Амитриптилин таблетки, 25 мг, № 50	8835	ООО «АТМ Pharm»	ЧАО «Технолог»	Украина
13.	Амитриптилин, АТМ таблетки, 25 мг, № 50	14500	ООО «Malxam servis»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
14.	Амитриптилин, АТМ таблетки, 25 мг, № 50	14500	ООО «АТМ – Pharm»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
15.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	15802	ООО «АТМ Pharm»	Zentiva a.s., Словакия произведено: Saneca Pharmaceuticals a.s.	Словакия
16.	Амитриптилин, АТМ таблетки, 25 мг, № 50	16280	ООО «Optima pharm»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
17.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	17000	ООО Pharm Abidi Int.	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
18.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	18020	ООО «Med Import»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
19.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	18315	ООО «Optima pharm»	Zentiva a.s., Словакия произведено: Saneca Pharmaceuticals a.s.	Словакия
19.	Амитриптилин, АТМ таблетки, 25 мг, № 50	18500	ООО «Med Import»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
19.	Амитриптилин АТМ таблетки, 25 мг, № 50	18500	ЧА «Jurabek»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
20.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	18530	ООО «Malxam servis»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
21.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	18671	ASKLEPIY Firmasi	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
21.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	18921	ООО «Med Import»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
22.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	19071	ООО «АТМ Pharm»	Zentiva a.s., Словакия произведено: Saneca Pharmaceuticals a.s.	Словакия
23.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	19718	ООО «Demo Pharm Group»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
24.	Амитриптилин, АТМ таблетки, 25 мг, № 50	19980	ООО «АТМ Pharm»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
25.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	20067	ООО «АТМ Pharm»	Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.	Иран
26.	Амитриптилин, таблетки, 25 мг, № 50	21623	ASKLEPIY Firmasi	Zentiva a.s., Словакия произведено: Saneca Pharmaceuticals a.s.	Словакия
27.	Амитриптилин, раствор для инъекций, ампулы, 1%, 2 мл, №10	6685	Ташкентская область ОАО «Dori-darmon»	ООО «ГНЦІС ОЗ»,	Украина
28.	Амитриптилин, раствор для инъекций, ампулы, 1% 2 мл, №10	6685	ООО «Maftun Pharm»	ООО «ГНЦІС ОЗ»,	Украина

Смещение предпочтений потребителя в пользу относительно недорогих лекарственных препаратов обусловлено в том числе и выбором более дешевого торгового наименования в рамках одного международного непатентованного наименования [4].

Проблема невротических расстройств и их лечения представляет повседневную реальность и особую значимость, что подтверждается большим количеством работ в этой области.

Психологическим факторам отводится главенствующая роль в возникновении, развитии невротических расстройств, однако, для расстройств психосоматического, соматического спектра они служат триггерами, запускающими обострение заболевания или факторами, модулирующими его течение[5].

Процесс выбора лекарственного средства потребителем осуществляется под воздействием различных факторов влияния, главным из которых является рекомендация врача. Например, по результатам проведенной российскими исследователями сравнительной оценки уровня цен на лекарственные средства в розничных аптечных организациях выявлено, что на ранних этапах становления розничного фармацевтического рынка в Российской Федерации решающее значение при выборе потребителем аптек имели такие факторы, как широта ассортимента и качество лекарственных средств. Достоверно фиксируемыми статистикой факторами поведения покупателей на фармацевтическом рынке фармацевтической помощи являются цена и средний доход домохозяйств [6].

Исследованиями показано, что для врачей наиболее значимыми источниками получения информации о лекарственных средствах являются справочники – 52 % опрошенных. Менее значимыми источниками являются газеты, журналы – 34 %, визиты медицинских представителей – 22 %, информация, получаемая на конгрессах и конференциях, – 19,5 %. Определенный процент врачей черпают информацию о применении лекарственных средств на выставках – 15 %. При этом Интернетом пользуется мизерный процент практикующих врачей – 3,4 % [7].

Более реалистичным является предположение о том, что жители столицы и областных центров обладают большими возможностями получения лекарственных средств по льготным рецептам, то есть бесплатно или за половину цены.

Что касается медицинской помощи, то расходы жителей средних и малых городов лишь немногим уступают затратам москвичей и петербуржцев, но превышают расходы жителей других областных центров.

Существует целый ряд маркетинговых исследований емкости российского фармацевтического рынка. Опубликованные оценки колеблются в интервале от 3 до 6 миллиарда долларов в розничных ценах. Согласно действующему законодательству, субъекты Российской Федерации самостоятельно регулируют размеры торговых надбавок к ценам импортеров и производителей лекарственных средств [8].

Необходимость ограничения доступности медицинской помощи вызывает уже меньше дебатов, хотя до сих пор еще слышатся призывы к восстановлению принципов советского здравоохранения, якобы не ограничивающего свободу врача и, соответственно, больных никакими рамками.

Необходимость ограничения доступности медицинской помощи вызывает уже меньше дебатов, хотя до сих пор еще слышатся призывы к восстановлению принципов советского здравоохранения, якобы не ограничивающего свободу врача и, соответственно, больных никакими рамками. Действительно, не требовалось ограничивать врача внутри системы, поскольку все ограничения стояли на входе – набор доступных технологий, лекарственных средств, медицинской техники был небольшим, существовала полная свобода выбора из ограниченного числа альтернатив. За 20 лет ситуация принципиально изменилась – альтернатив стало гораздо больше, они значительно отличаются по цене, а следовательно, по доступности и сопровождаются огромным объемом разнородной и противоречивой информации [9].

Таблица 2 - Сравнительные цены международного названия «Венлафаксин» под таговым названием

№	Торговое наименование	Цена, сум	Поставщик	Производитель, представитель	Страна
1.	Венлаксор, таблетки, 37,5 мг, № 30	26764	Ташкентская область ОАО «Dori-darmon»	АО «Гриндекс»	Латвия
2.	Венлаксор, таблетки, 37,5 мг, № 30	29689	ООО «АТМ Pharm»	АО «Гриндекс»	Латвия
3.	Венлаксор, таблетки, 37,5 мг, № 30	30625	ООО «АТМ Pharm»	АО «Гриндекс»	Латвия
4.	Венлаксор, таблетки, 75 мг, № 30	54533	Ташкентская область ОАО «Dori-darmon»	АО «Гриндекс»	Латвия
5.	Венлаксор, таблетки, 75 мг, № 30	55404	ООО «АТМ Pharm»	АО «Гриндекс»	Латвия
6.	Велаксин, ретард капсулы, 75 мг, №28	90700	«Samarqand Bio Plus», ООО	Egis Pharmaceuticals PLC	Венгрия

Цель работы: Изучить цены лекарственных средств, используемых при лечении неврозов.

Материалы и методы исследования: В ходе научных изысканий использованы статистические данные «Сводной информации о продаже лекарственных средств и изделий медицинского назначения» [10], а также методы сравнительного статистического анализа и логический анализ.

Таблица 3 - Сравнительные цены международного названия «Флуоксетин» под торговым названием

№	Торговое наименование	Цена, сум	Поставщик	Производитель, Представитель	Страна
1.	Флуоксетин, АТМ капсулы, 0,02 г, №20	24200	ООО «Optima pharm»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
2.	Депрес, капсулы, 20 мг, №16	24830	ИП «Nobel farmsanoat»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
3.	Депрес, капсулы, 20 мг, №16	26071	ООО «Demo Pharm Group»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
4.	Депрес, капсулы, 20 мг, №16	26320	ООО «Malxam servis»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
5.	Депрес, капсулы, 20 мг, №16	26816	ООО «АТМ Pharm»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
6.	Депрес, капсулы, 20 мг, №16	26816	«Farm Zdrav» ФП» ООО	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
7.	Флуоксетин АТМ, капсулы, 0,02 г, №20	27500	ООО «Malxam servis»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
8.	Флуоксетин АТМ, капсулы, 0,02 г, №20	27500	ООО «Med Import»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
9.	Флуоксетин АТМ, капсулы, 0,02 г, №20	27500	ООО «АТМ - Pharm»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
10.	Депрес, капсулы, 20 мг, №16	28306	ЧА «Jurabek»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
11.	Депрес, капсулы, 20 мг, №16	28554	ООО «Rafa Group»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
12.	Флуоксетин АТМ, капсулы, 0,02 г, №20	28875	Ташкентская область ОАО «Dori-darmon»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан
13.	Флуоксетин АТМ, капсулы, 0,02 г, №20	29700	ООО «АТМ Pharm»	ООО «АТМ - Pharm»	Узбекистан

Результаты: В Узбекистане амитриптилин – по фармакологической группе антидепрессанты международного названия лекарственный препарат торгового наименования с таговым названием присутствует в «Сводной информации о продаже лекарственных средств и изделий медицинского назначения». «Амитриптилин», таблетки, 10 мг, № 50, производитель АО «Гриндекс», Латвия, поставщик оптовой аптеки ООО «АТМ Pharm», реализуется по оптовой цене в размере 6 770 сумов. Лекарственный препарат торгового наименования «Амитриптилин», таблетки, 10 мг, № 50, производитель «Darou Pakhsh Pharmaceutical Mfg. Co.», Иран, оптовой аптеки ООО «Demo Pharm Group», реализуется по оптовой цене в размере 14084 сума. Разница между максимальной и минимальной ценами 6 торговых названий, разных производителей составляет – 73 14 сумов (смотрите таблицу 1).

Лекарственный препарат торгового наименования с таговым названием «Амитриптилин», таблетки, 25 мг, № 50, производитель АО «Гриндекс», Латвия, поставщик оптовой аптеки ООО «Optima pharm», реализуется по оптовой цене в размере 8116 сумов. Лекарственный препарат торгового наименования «Амитриптилин», таблетки, 25 мг, № 50, производители «Zentiva a.s.», «Saneca Pharmaceuticals a.s.» Словакия, оптовой аптеки «ASKLEPIY Firmasi», реализуются по оптовой цене в размере 21623 сума. Разница между максимальной и минимальной ценами 6 торговых названий, разных производителей и госдарств оптовой аптеки составляет 13 507 сумов.

Фармакологическая группа антидепрессанты международного названия «Венлафаксин» лекарственных препаратов с таговым наименованием присутствует в «Сводной информации о продаже лекарственных средств и изделий медицинского назначения». Лекарственный препарат «Велаксин», ретард капсулы, 75 мг, №28, производитель «Egis Pharmaceuticals PLC», Венгрия, поставщик оптовой аптеки ООО «Samarqand Bio Plus», реализуется по оптовой цене в размере 90700 сумов, разница между максимальной и минимальной ценами большие различаются почти в два раза (смотрите таблицу 2).

Фармакологическая группа антидепрессанты международного названия «Флуоксетин» – лекарственный препарат с торговым названием присутствует в «Сводной информации о продаже

лекарственных средств и изделий медицинского назначения». «Флуоксетин АТМ» капсулы, 0,02г №20, производитель ООО «АТМ Pharm», Узбекистан, поставщик оптовой аптеки ООО «Optima pharm», реализуется по оптовой цене в размере 24200 сумов. Лекарственный препарат торгового наименования «Депрес», капсулы, 20 мг, №16, производитель ИП «Nobel Pharmsanoat», Узбекистан, оптовой аптеки ООО «Rafa Group», реализуются по оптовой цене в размере 28554 сума. Со стороны отечественных фармацевтических производителей разница между максимальной и минимальной ценами почти не заметна (смотрите таблицу 3).

Таблица 4 - Сравнительные цены международного названия «Пароксетин» под торговым названиям

№	Торговое наименование	Цена, сум	Поставщик	Производитель, представитель	Страна
1.	Нондепрес, таблетки, 20 мг, № 28	122388	ООО «Med Import»	Grand Medical Ltd, Великобритания, произведено: Synthon B.V.	Великобритания
2.	Нондепрес, таблетки, 20 мг, № 28	133346	ООО «Malxam servis»	Grand Medical Ltd, Великобритания, произведено: Synthon B.V.	Великобритания
3.	Нондепрес, таблетки, 20 мг, № 28	134516	ООО «Med Import»	Grand Medical Ltd, Великобритания, произведено: Synthon B.V.	Великобритания
4.	Нондепрес, таблетки, 20 мг, № 28	141796	ООО «Malxam servis»	Grand Medical Ltd, Великобритания, произведено: Synthon B.V.	Великобритания
5.	Нондепрес, таблетки, 20 мг, № 28	143040	ООО «Malxam servis»	Grand Medical Ltd, Великобритания, произведено: Synthon B.V.	Великобритания
6.	Нондепрес, таблетки, 20 мг, № 28	151620	ООО «Demo Pharm Group»	Grand Medical Ltd, Великобритания, произведено: Synthon B.V.	Великобритания

Таблица 5 - Сравнительные цены международного названия «Пароксетин» под торговым названием

№	Торговое наименование	Цена, сум	Поставщик	Производитель/Представитель	Страна
1.	Миртел, таблетки, 30 мг, № 30	135824	ООО «АТМ Pharm»	Валеант, ООО, Россия, произведено: Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H	Австрия
2.	Миртел, таблетки, 30 мг, № 30	141292	ООО «Med Import»	Валеант, ООО, Россия, произведено: Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H	Австрия
3.	Миртел, таблетки, 30 мг, № 30	144643	ООО «Optima pharm»	Валеант, ООО, Россия, произведено: Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H	Австрия
4.	Миртел, таблетки, 30 мг, № 30	171988	ASKLEPIY Firmasi	Валеант, ООО, Россия, произведено: Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H	Австрия
5.	Миртел, таблетки, 30 мг, № 30	183409	Ташкентская область ОАО «Doridarmon»	Валеант, ООО, Россия, произведено: Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H	Австрия
6.	Миртел, таблетки, 30 мг, № 30	193574	ООО «АТМ Pharm»	Валеант, ООО, Россия, произведено: Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H	Австрия

Фармакологическая группа антидепрессанты международного названия «Пароксетин» – лекарственный препарат с торговым названием присутствует в «Сводной информации о продаже лекарственных средств и изделий медицинского назначения». Лекарственный препарат «Нондепрес», таблетки, 20 мг №28, производитель «Grand Medical Ltd», Великобритания, произведено: Synthon B.V.,

Великобритания, поставщик оптовой аптеки ООО «Med Import», реализуется по оптовой цене в размере 122388 сумов. Лекарственный препарат торгового наименования «Нондепрес», таблетки, 20 мг №28, производитель «Grand Medical Ltd», Великобритания, произведено: Synthron B.V., Великобритания, поставщики оптовой аптеки ООО «Demo Pharm Group», реализуется по оптовой цене в размере 151620 сумов. Разница между максимальной и минимальной ценами составляет 29 232 сумов (смотрите таблицу 4).

Фармакологическая группа антидепрессанты международного названия «Пароксетин» – лекарственный препарат с торговым названием включен в «Сводную информацию о продаже лекарственных средств и изделий медицинского назначения». Лекарственный препарат «Миртел», таблетки, 30 мг, № 30, производитель ООО, «Валеант», Россия, произведено: «Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H», Австрия, поставщик оптовой аптеки ООО «АТМ Pharm», реализуется по оптовой цене в размере 135824 сума. Лекарственный препарат торгового наименования «Миртел», таблетки, 30 мг, № 30, производитель ООО «Валеант», Россия, произведено: «Lannacher Heilmittel Ges.m.b.H», Австрия, поставщики оптовой аптеки ООО «АТМ Pharm», реализуется по оптовой цене в размере 193574 сума. Разница между максимальной и минимальной ценами составляет 57 750 сумов (смотрите таблицу 5).

Таблица 6 - Сравнительные цены международного названия Пароксетин под торговым названиям

№	Торговое наименование	Цена, сум	Поставщик	Производитель, Представитель	Страна
1.	Мисол, таблетки, 50 мг, № 14	22000	ФП «Farm Zdrav»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
2.	Мисол, таблетки, 50 мг, № 14	22440	ООО «Malxam servis»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
3.	Мисол, таблетки, 50 мг, № 14	22491	ФПО «Farm Zdrav»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
4.	Мисол, таблетки, 50 мг, № 14	23460	ООО «АТМ Pharm»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
5.	Мисол, таблетки, 50 мг, № 14	23760	ООО «Samarqand Bio Plus»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
6.	Мисол, таблетки, 50 мг, № 14	24225	ООО «Med Import»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
7.	Мисол, таблетки, 50 мг, № 14	24235	ООО «Malxam servis»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
8.	Мисол таблетки, 50 мг, № 14	25291	ЧА «Jurabek»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
9.	Мисол, таблетки, 50 мг, № 14	25500	Ташкентская область, ОАО «Dori-darmon»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
10.	Мисол, таблетки, 50 мг, № 14	25500	ИП «Nobel farmsanoat»	ИП «Nobel Pharmsanoat»	Узбекистан
11.	Стимулотон, 50 мг, № 30	118877	ООО «Samarqand Bio Plus»	Egis Pharmaceuticals PLC	Венгрия

Фармакологическая группа антидепрессанты международного названия «Сертралин» лекарственный препарат с торговым названием включен в «Сводную информацию о продаже лекарственных средств и изделий медицинского назначения» (смотрите таблицу 6). «Мисол», таблетки, 50 мг, №14, производитель ИП «Nobel Pharmsanoat», Узбекистан, поставщик оптовой аптеки ФП «Farm Zdrav» реализуется по оптовой цене в размере 22 000 сумов. Лекарственный препарат торгового наименования «Стимулотон» 50 мг, № 30, производитель «Egis Pharmaceuticals PLC», Венгрия, поставщики оптовой аптеки ООО «Samarqand Bio Plus», реализуется по оптовой цене в размере 118877 сумов. Разница между максимальной и минимальной ценами больше почти в три раза.

Выводы: Анализ сравнительных цен показывает, что один и то же лекарственный препарат с одинаковым международным названием, дозами, формами значительно различаются установленной ценой. Это диктует необходимость в производстве и расширении импортозамещающих лекарственных средств с международным названием «Амитриптилин», «Венлафаксин», «Флуоксетин», «Пароксетин» под торговым названием.

Литература

1. Толкушин А.Г., Давыдовская М. В., Ягудина Р.И. Концепция определения равновесной цены инновационных лекарственных препаратов на основе их реальной ценности – value-based pricing // Ремедиум – журнал о рынке лекарств и медицинской техники. – Москва, Российская Федерация, 2017. – № 12. – С. 6 – 14.
2. Гаджибабаева Д. Р.. Психофизиологические особенности проявления неврозов. Актуальные проблемы психологического знания. Теоретические и практические проблемы психологии // Научно-практический журнал. Россия, – Москва, 2013. – № 4 (29). Октябрь – декабрь. – С. (135) – 135–141.
3. <http://pudp.ru/47279>
4. Степанов А.С., Влияние ценового фактора на выборы лекарственных препаратов потребителем регионального фармацевтического рынка // Ремедиум – журнал о рынке лекарств и медицинской техники. – Москва, Российская Федерация, 2018. – № 5. – С. 35 – 38.
5. Луценко И. С., Исурина Г. Л. Выраженность невротических черт в структуре личности пациентов различных нозологических групп (неврозы, психосоматические и соматические расстройства). Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ.С. Российская Федерация, Петербургский государственный университет, e-mail: innaluzenko@mail.ru Специализация: «Клиническое консультирование и коррекционная психология». 2015: Том 3. – С. 110 – 118.
6. Евстратов А. В. Фармацевтический рынок Российской Федерации: основные структурные параметры развития в 2001-2013годах//Современные ЧАО «Технолог» и управления. Россия, Волгоградский государственный технический университет. – № 2 (50). Номер статьи: 5006. Дата публикации: 2015-02-08 . Режим доступа: <https://sovman.ru/article/5006/>.
7. Сура М.В., Воробьев П.А., Авксентьева М.В. Информационные источники о применении лекарственных средств: их производители, потребители и они сами // Проблемы стандартизации в здравоохранении. Научно-исследовательский институт общественного здоровья и управления здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Российская Федерация, – Москва, 2005. № 11. – С. 5. – 11.
8. Бойков В.,Фили Ф.,Шейман И.,Шишкин С.//Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства//Вопросы экономики. Российская Федерация, - Москва, 1998. - № 10. www.iet.ru – С. 3 – 19.
9. Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Лукьянцева Д.В. Клинико-экономические матрицы планов ведения больных как основа расчета затрат на обеспечение медицинской помощи // Министерство здравоохранения и социального развития РФ; Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. Проблемы стандартизации в здравоохранении. Российская Федерация, -Москва,2004.–№9.– С.3–29.
10. Сводная информация по продаже лекарственных средств и изделий медицинского назначения.– Ташкент, 2018.

Түйін

Суюнов Н.Д., Жураева С. Л., Нарзикулова К.Ш.

Ташкент фармацевтикалық институты, Ташкент қаласы, Өзбекстан Республикасы

НЕВРОЗДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ДӘРІЛЕРДІ ЗЕРТТЕУ ЖӘНЕ БАҒАЛАУ

Неврозды емдеуге арналған дәрі-дәрмектердің арсеналі өте кең, бірақ ол үлкен баға айырмашылығымен ерекшеленеді. Дәрі-дәрмек бағасына негізгі әсер екі процесті қамтиды. Біріншісі - дәрі-дәрмектердің фармацевтикалық өндірушісінің баға белгілеуі. Екіншісі, ең алдымен олардың өсімін шектеуге және есірткінің қаржылық қолжетімділігін қамтамасыз етуге бағытталған бағаларды мемлекеттік реттеу болып табылады.

Кілт сөздер: баға белгілеу, ең алдымен олардың өсуін тоқтатуға және дәрілік заттардың қаржылық қолжетімділігін қамтамасыз етуге бағытталған бағаларды мемлекеттік реттеу.

Summary

Suyunov N. D., Zhuraeva S. L., Narzikulova K.Sh.

Tashkent Pharmaceutical Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

RESEARCH OF MEDICINES USED IN NEUROSIS AND THEIR PRICE FORMATION

The arsenal of medicines used for the treatment of neurosis is very wide, but it differs by a large price difference. The main influence on the price of drugs has two processes. The first is pricing, pricing by the pharmaceutical manufacturer of medicines. The second is government regulation of prices, aimed primarily at curbing their growth and ensuring the financial availability of drugs.

Keywords: pricing, state regulation of prices, aimed primarily at curbing their growth and ensuring the financial availability of drugs.

МРНТИ 76.31.29
УДК 616.858

Суёнов Н.Д., Жўраева С.Л., Ражабова Д.Х.

Ташкентский фармацевтический институт, г. Ташкент, Узбекистан

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕВРОЗОВ, ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ИХ ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Резюме

В современном мире довольно распространенным расстройством являются неврозы. В наши дни отличительной особенностью невротических расстройств от многих других нервных болезней и психогенных нарушений служит, во-первых, их функциональный характер, без постоянных морфологических изменений в органах и тканях. Во-вторых, отсутствие психотических явлений и нарушений поведения и контроля.

Основными критериями выделения невроза из психических расстройств в целом являются: ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации болезненных проявлений; функциональный, обратимый характер психических расстройств, отсутствие психотических симптомов, слабоумия, нарастающих изменений личности, эгодистонический мучительный для больного характер психопатологических проявлений, а также сохранение больным критического отношения к своему состоянию.

Ключевые слова: функциональный характер, без постоянных морфологических изменений в органах и тканях, отсутствие психотических явлений и нарушений поведения и контроля.

Актуальность проблемы: Существует множество методов и теорий лечения неврозов [1, 2]. Невроз как термин был введен в 1776 году шотландским врачом У. Купленом. Обозначая под неврозом функциональные нарушения здоровья, У. Куплен утверждал, что они не имеют под собой органического поражения какого-либо органа. В последующем большую лепту в учение о неврозах внес известный российский физиолог И.П. Павлов.

В рамках своего физиологического учения он определял невроз как хроническое длительное нарушение высшей нервной деятельности, вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий, действием неадекватных по силе и длительности внешних раздражителей. Использование клинического термина «невроз» применительно не только к человеку, но и к животным в начале XX века вызвало множество споров.

Термин «невроз» больше не используется профессиональным психиатрическим сообществом в Соединённых Штатах Америки. В Американском диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам раздел «неврозы» с третьего издания DSM-III 1980-го года был упразднён. Например, депрессивный невроз был заменён дистимическим расстройством, обсессивно-компульсивный невроз – обсессивно-компульсивным расстройством, ипохондрический невроз – ипохондрией и т. д.

В развитых странах различными формами невротических нарушений страдает от 10 до 20% населения, в том числе и дети. В структуре психических расстройств на долю неврозов приходится около 20–25% [3, 4].

Сведения об учтенных случаях имеются по отдельным регионам, от 15,8 до 21,8 человек на 1000 населения. Среди студентов больные неврозами составляют 54,6 %. Также существует распределение, по которому 2/3 неврозов приходится на женщин и 1/3 на мужчин [5, 6].

Невроз может длиться долго или проявляться в виде приступов страха или паники, в основном в связи с определенными ситуациями. Одновременно может развиваться депрессия или другие психические нарушения.

Человеку, употребляющему алкоголь или другие интоксиканты, следует обязательно попробовать отказаться от приема интоксиканта на несколько месяцев, если он хочет выйти из состояния невроза и страха. Если после этого симптомы не исчезают, можно прибегнуть и к другим способам лечения, эффективность которых повышается при исключении влияния интоксикантов на общую картину [7, 8].

Согласно научным исследованиям, проведенным в США и странах Европы, одним из наиболее эффективных психотерапевтических подходов в лечении неврозов, является когнитивно – основной метод лечения неврозов являются поведенческая психотерапия [9].

Основой лечения неврозов являются 2 главные составляющие: психотерапевтическая, (психокоррекция, тренинги, арт-терапия) и медикаментозная (антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, общеукрепляющие средства).

Лекарственное лечение психических расстройств, невроза базируется на нейротрансмиттерных аспектах его патогенеза. Оно носит вспомогательную роль, облегчает работу над собой в ходе психотерапевтического лечения и закрепляет ее результаты. При астении, депрессии, фобиях, тревожности, панических атаках ведущими являются антидепрессанты имипрамин, кломипрамин, амитриптилин, экстракт травы зверобоя, более современные сертралин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, пароксетин [10].

Цель работы: Изучить характеристики распространенности заболеваемости неврозов, психических расстройств и используемых лекарственных средств при лечении данных больных.

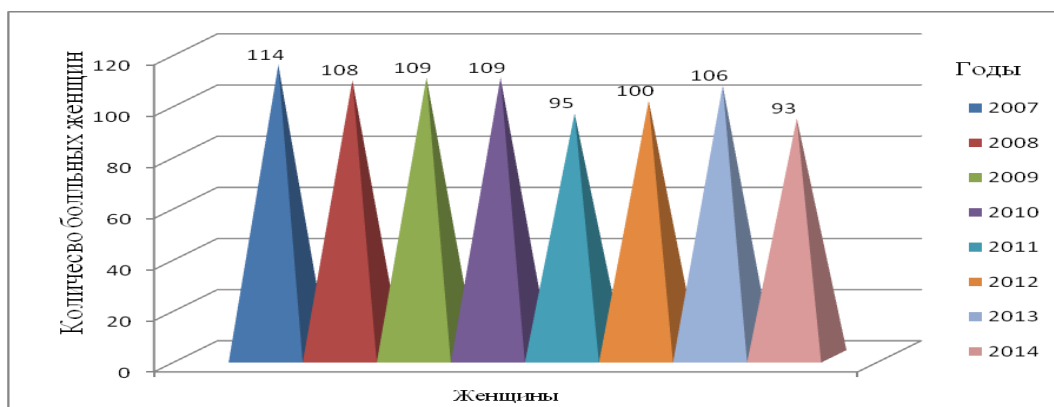


Рисунок 1 - Заболеваемость населения психическими расстройствами и количество зарегистрированных болезней у женщин впервые с установленным диагнозом на 100 000 населения

Материалы и методы исследования: В ходе научных изысканий использованы Список основных лекарственных средств [10], статистические данные Министерства здравоохранения [12], а также методы сравнительного статистического анализа [12] и логический анализ.

Результаты исследования: На рисунке 1 приведены данные заболеваемости населения психическими расстройствами, а также зарегистрированных заболеваний у женщин с диагнозом, впервые установленным на 100 000 населения. Согласно данным рисунка, из зарегистрированных больных психическими расстройствами с диагнозом, впервые установленным на 100 000 населения у женщин в 2007 году составило – 114 случаев больных, в 2008 году – 108, в 2009 году – 109, в 2010 году – 109, в 2011 году – 95, в 2012 году – 100, в 2013 году – 106, в 2014 году – 93 (смотрите рисунок 1).

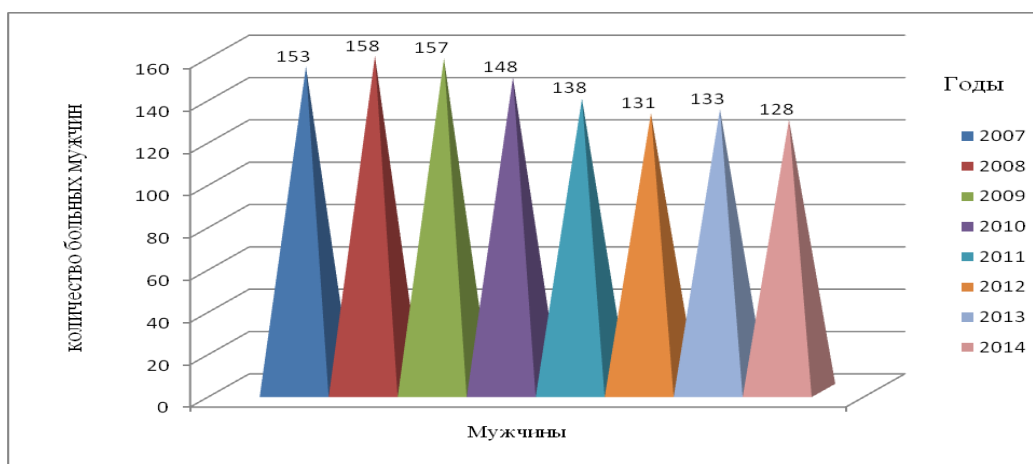


Рисунок 2 - Заболеваемость населения психическими расстройствами и количество зарегистрированных болезней у мужчин, впервые с установленным диагнозом на 100 000 населения

Как видно из рисунка 2, зарегистрированных больных психическими расстройствами у мужчин с диагнозом, впервые установленным на 100 000 населения, в 2007 году было – 153 случая больных, в 2008 году – 158, в 2009 году – 157, в 2010 году – 148, в 2011 году – 138, в 2012 году – 131, в 2013 году – 133, в 2014 году – 128 случаев больных (смотрите рисунок 2).

Таблица 1 - Анализ Списка основных лекарственных средств по фармакотерапевтической группе психотропных лекарственных средств

№	Международное непатент-тованное название	Лекарственная форма
Нейролептические средства		
1	Левомепромазин	Таблетки, 25 мг Раствор для инъекций, 25 мг/мл
2	Галоперидол	Таблетки, 1,5 мг, 5 мг Раствор для инъекций, 5 мг/мл Раствор для инъекций в масле 50 мг/мл
3	Дроперидол	Раствор для инъекций, 2,5 мг/мл
4	Клозапин	Таблетки, 25 мг, 100 мг
5	Трифлуоперазин	Таблетки, 5 мг, 10 мг Раствор для инъекций, 2 мг/мл
6	Флуфеназин	Раствор для инъекций, 25 мг/мл
7	Хлорпромазин	Драже 25 мг, 50 мг, 100 мг Таблетки, 25 мг Раствор для инъекций, 25 мг/мл
8	Рисперидон	Таблетки, 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг
9	Тиоридазин	Таблетки, 10 мг, 25 мг
10	Сульпирид	Таблетки, 50 мг, 100 мг, 200 мг
11	Кветиапин	Таблетки, 25 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 300 мг
12	Оланзапин	Таблетки, 2,5 мг, 5 мг, 7,5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг
13	Тиаприд	Таблетки, 100 мг
Транквилизаторы		
14	Альпразолам	Таблетки, 0,25 мг, 0,5 мг, 1 мг
15	Диазепам	Таблетки, 5 мг Раствор для инъекций, 5 мг/мл 2 мл, 10 мг/2мл
16	Аминофенилная кислота в масле	Таблетки, 250 мг
17	Тофизопам	Таблетки, 50 мг
18	Феназепам	Таблетки, 2,5 мг, 0,5 мг, 1 мг
Антидепрессанты		
19	Амитриптилин	Таблетки, 10 мг, 25 мг, 50 мг Раствор для инъекций, 10 мг/2мл
20	Венлафаксин	Таблетки, 37,5 мг, 75 мг Капсулы, 37,5 мг, 75 мг, 150 мг
21	Флуоксетин	Капсулы, 20 мг
22	Флувоксамин	Таблетки, 50 мг, 100 мг
23	Пароксетин	Таблетки, 20 мг
24	Миртазапин	Таблетки, 15 мг, 30 мг, 45 мг
25	Сертралин	Таблетки, 50 мг, 100 мг
Ноотропы		
26	Пирацетам	Таблетки, 200 мг, 400 мг, 800 мг, 1200 мг Капсулы, 400 мг Раствор для инъекций, 200 мг/мл
27	Церебролизин	Раствор для инъекций, 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл, 20 мл
28	Гопантенная кислота	Капсулы 300 мг, 400 мг таблетки, 250 мг, 500 мг
29	Кортексин	Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций, 5 мг, 10 мг
30	Цитоколин	Раствор для инъекций, 125 мг / мл, 250 мг / мл, 500 мг / 2 мл, 1000 мг / 4 мл, раствор для перорального применения, 100 мг/30 мл, капли для перорального применения 100 мг/мл Таблетки, 250 мг, 500 мг

Таблица 2 - Анализ Списка основных лекарственных средств для несовершеннолетних, по фармакотерапевтической группе психотропных лекарственных средств

№	Международное непатентованное название	Лекарственная форма
Нейролептические средства		
1	Левомепромазин	Таблетки , 25 мг Раствор для инъекций, 25 мг/мл
2	Галоперидол	Таблетки, 1,5 мг, 5 мг Раствор для инъекций, 5 мг/мл Раствор для инъекций в масле 50 мг/мл
3	Дроперидол	Раствор для инъекций, 2,5 мг/мл
4	Клозапин	Таблетки, 25 мг, 100 мг
5	Хлорпромазин	Драже 25 мг, 50 мг, 100 мг Таблетки, 25 мг Раствор для инъекций, 25 мг/мл
6	Рisperидон	Таблетки, 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг
7	Тиоридазин	Таблетки, 10 мг, 25 мг
8	Кветиапин	Таблетки, 25 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 300 мг
Транквилизаторы		
9	Диазепам	Таблетки, 5 мг Раствор для инъекций, 5 мг/мл 2 мл, 10 мг/2 мл
10	Аминофенилная кислота в масле	Таблетки, 250 мг
11	Тофизопам	Таблетки, 50 мг
12	Феназепам	Таблетки, 2,5 мг, 0,5 мг, 1 мг
Антидепрессанты		
13	Амитриптилин	Таблетки, 10 мг, 25 мг, 50 мг Раствор для инъекций, 10 мг/2 мл
14	Флуоксетин	Капсулы, 20 мг
Ноотропы		
15	Пирацетам	Таблетки, 200 мг, 400 мг, 800 мг, 1200 мг Капсулы, 400 мг Раствор для инъекций, 200 мг/мл
16	Церебролизин	Раствор для инъекций, 1 мл, 2 мл, 5 мл, 10 мл, 20 мл
17	Гопантенная кислота	Капсулы, 300 мг, 400 мг таблетки, 250 мг, 500 мг
18	Кортексин	Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций, 5 мг, 10 мг
19	Цитоколин	Раствор для инъекций, 125 мг / мл, 250 мг / мл, 500 мг / 2 мл 1000 мг / 4 мл, раствор для перорального применения, 100мг/30 мл, капли для перорального применения 100 мг/мл Таблетки, 250 мг, 500 мг

Заболеемость населения психическими расстройствами, зарегистрировано заболеваний с диагнозом, установленным впервые, не уменьшается и не истерзаются.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 20 июля 2018 года за № 41 «Об утверждении перечня основных лекарственных средств» (зарегистрирован Министерством юстиции Республики Узбекистан 27 июля 2018 года, регистрационный № 3045) [4], получил правовую основу Список фармакотерапевтической группы психотропных лекарственных средств, используемых при лечении психических расстройств и неврозов.

Согласно приказу «Об утверждении Перечня основных лекарственных средств», Перечень включает 404 международных непатентованных наименования лекарственных средств по лекарственным формам

и дозам. Из них по фармакотерапевтической группе при психотропных лекарственных средствах под фармакотерапевтической группой нейролептических лекарственных средств 13 международных непатентованных наименований лекарственных средств, транквилизаторных лекарственных средств – 5 международных непатентованных наименований лекарственных средств, антидепрессантов – 7 международных непатентованных наименований лекарственных средств, ноотропов – 5 международных непатентованных наименований лекарственных средств, включенных приказом «Об утверждении перечня основных лекарственных средств» (смотрите таблицу 1).

Согласно Приказу «Об утверждении Перечня основных лекарственных средств» для несовершеннолетних, Перечень состоит из 364 международных непатентованных наименований лекарственных средств по лекарственным формам и дозам. Из них по фармакотерапевтической группе при психотропных лекарственных средствах под фармакотерапевтической группой нейролептических лекарственных средств 8 международных непатентованных наименований лекарственных средств, транквилизаторных лекарственных средств – 4 международных непатентованных наименования лекарственных средств, антидепрессантов – 2 международных непатентованных наименования лекарственных средств, ноотропов – 5 международных непатентованных наименований лекарственных средств, включенных Приказом «Об утверждении перечня основных лекарственных средств» для несовершеннолетних (смотрите таблицу 2).

Выводы: Результаты научных исследований, построенных на анализе основных лекарственных средств по фармакотерапевтической группе нейролептических (транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропы) под международными названиями, указывают на необходимость расширения производства отечественными фармацевтическими предприятиями импортзамещающих психотропных лекарственных препаратов лекарственных средств по доступным ценам, что будет способствовать снижению количества заболеваемости неврозом и психическими расстройствами среди населения.

Литература

1. The American Heritage Medical Dictionary. – Houghton Mifflin Harcourt, 2008. – P. 361.
2. <http://zagerclinic.ru/articles/nevrozy-lechenie/>
3. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB, American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder//Am J Psychiatry.–2007 Jul.–T.164(7 Suppl)–C.5–11.
4. http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/neurosis
5. Дикевич Е.А., Иванова Д.М. Применение препаратов растительного происхождения при лечении соматоформных расстройств // Русский медицинский журнал. – 2008. – С. 25–32.
6. <http://old.medach.pro/neuroscience/nevrologiya/neurosis/>
7. Гурьянова Т. Землетрясение души (рус.) // АйФ. Здоровье. – 2005. – № 43. – С. 13-21.
8. <https://paihdelinkki.fi/ru/bank-informacii/informacionnye-izdaniya/psihicheskoe-zdorove/nevrozy-i-ranicheskiy-strah> Rauno Mäkelä (Рауно Мякеля)
9. http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/neurosis
10. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 20 июля 2018 года, № 41 «Об утверждении перечня основных лекарственных средств» [Зарегистрирован Министерством юстиции Республики Узбекистан 27 июля 2018 г. Регистрационный № 3045] [http://www // Lex.uz](http://www.lex.uz)
11. [http://www //minzdrav.uz](http://www.minzdrav.uz)
12. Суюнов Н.Д. Фармакоэкономический анализ и оптимизация лекарственного обеспечения пациентов с заболеваниями органов дыхания / Монография. – Ташкент. Фан, 2013. – 240 с.

Түйін

Суёнов Н.Д., Жураева С. Л., Ражабова Д.Х.
Ташкент фармацевтикалық институты, Ташкент, Ўзбекистан

НЕВРОЗДЫҢ, ПСИХИКАЛЫҚ ЗАҚЫМДАНУЛАРДЫҢ ЖӘНЕ ОСЫҒАН ПАЙДАЛАНЫЛАТЫН ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІҢ ЕМДЕУІНДЕ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУЫ

Қазіргі әлемде невроз - бұл өте таралған бұзылу. Қазіргі уақытта көптеген басқа жүйке аурулары мен психогендік бұзылулардан туындайтын невротикалық бұзылулардың айрықша ерекшелігі, ең алдымен, органдардың және ұлпалардың тұрақты морфологиялық өзгерістерінсіз олардың функционалдық сипаты болып табылады. Екіншіден, психотикалық құбылыстар мен мінез-құлық пен бақылау бұзылыстарының болмауы. Жалпы психикалық бұзылулардан невроздарды іріктеудің негізгі критерийлері: - ауыр көріністердің пайда болуына және декомпенсациясына психогенді факторлардың жетекші рөлі; - психикалық бұзылулардың функционалдық қайтарымсыз сипаты, - психотикалық симптомдардың болмауы, деменция, жеке өзгерістерді жоғарылату, - Пациенттің психопатологиялық көріністеріне ауырсыну, сондай-ақ науқастың оның жағдайына сыни көзқарасын сақтау.

Кілт сөздер: органикалық және тіндерде тұрақты морфологиялық өзгерістерсіз функционалды, психотикалық құбылыстардың болмауы және мінез-құлық пен бақылаудың бұзылуы.

Summary

Suyunov N. D., Zhuraeva S. L., Rajabova D.Kh.

Tashkent Pharmaceutical Institute, Tashkent, Uzbekistan

ANALYSIS OF MORBIDABILITY OF NEUROSIS, MENTAL DISORDERS AND USED IN THEIR TREATMENT OF MEDICINES

In the modern world, neurosis is a fairly common disorder. Nowadays, a distinctive feature of neurotic disorders from many other nervous diseases and psychogenic disorders is, firstly, their functional nature, without constant morphological changes in organs and tissues. Secondly, the absence of psychotic phenomena and behavioral and control disorders. The main criteria for the selection of neurosis from mental disorders in general are: - the leading role of psychogenic factors in the occurrence and decompensation of painful manifestations; - functional, reversible nature of mental disorders, - absence of psychotic symptoms, dementia, increasing personality changes, - Ego-dystonic painful for the patient character of psychopathological manifestations, as well as maintaining the patient's critical attitude to his condition.

Key words: functional, without permanent morphological changes in organs and tissues, the absence of psychotic phenomena and violations of behavior and control.

МРНТИ 76.31.31
УДК 615.32:616.36:616.1

Рахматуллаева Н.Т.

Медицинская Академия, город Ташкент, Республика Узбекистан.

«ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА»

Резюме.

В статье приведены данные ретроспективного исследования с участием 396 пациентов с ишемической болезни сердца. Изучена история болезни больных получивших стационарное лечение с включением аторвастатинами с 2014 по 2016гг в 3-клинике ТМА с основным диагнозом стабильной стенокардией напряжения ФК II-IV. Статины обычно используются для снижения риска ишемической болезни сердца, но они, как правило, связаны с неблагоприятными последствиями печени. Целью этого ретроспективного исследования было изучить влияния терапии аторвастатином на функцию печени у пациентов с ИБС. Результаты показали незначительное увеличение средних значений печеночные трансаминазы общего билирубина во время стационарного лечения.

Ключевые слова: Ишемическая болезнь сердца, статины, аторвастатин, печеночные трансаминазы.

Актуальность проблемы: Одной из серьезных проблем здравоохранения во всем мире является неуклонный рост ишемической болезни сердца (ИБС). ИБС по определению комиссии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), представляет собой острую или хроническую дисфункцию, возникающую в результате абсолютного или относительного уменьшения снабжения миокарда артериальной кровью [1,2]. По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться одной из ведущих причин смертности среди взрослого населения во всех развитых странах мира, в том числе Узбекистане. Так, стандартизированный коэффициент смертности по причине болезней кровообращения на каждые 100000 человек в 2012г составил 754,2 по Узбекистану и 706,9 по республике Каракалпакстан, а показатель смертности от ИБС-308,9 и 268,5 соответственно. В странах Евросоюза прямые и не прямые экономические потери, связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ежегодно составляют около €192 миллиардов [3,4,5]. Основными факторами риска ИБС являются атеросклероз КА (у 95% больных ИБС) гиперхолестеринемия, артериальная гипертония (АГ), сахарный диабет (СД), курение, низкая физическая активность, ожирение, а также мужской пол, возраст и отягощенность семейного анамнеза по сердечно-сосудистым заболеваниям. К факторам, провоцирующим развитие клинических проявлений ИБС, относятся физическая нагрузка, стрессовые эмоциональные и психосоциальные ситуации. Дислипидемия – одна из основных причин развития атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС). Эпидемиологические исследования свидетельствуют о прямой зависимости между уровнем общего холестерина (ХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХСЛНП) и смертностью вследствие ИБС [6,7,8]. Снижение уровня факторов риска, в том

числе с помощью применения определенных лекарственных препаратов, способно замедлить развитие ССЗ как до, так и после появления клинических симптомов. Известно, что гиполипидемическая терапия существенно снижает такие осложнения атеросклероза как коронарная смерть, инфаркт миокарда и стенокардия, острое нарушение мозгового кровообращения, а также внезапную смерть [9,10]. Появление в клинической практике препаратов –ингибиторов 3-гидрокси-3 метилглутарилкоэнзим А-редуктазы (ГМГ-КоА-редуктазы), наиболее часто употребляемое название «статины», стало выдающимся событием в кардиологии конца XX столетия, оно позволило совершить прорыв в эффективном воздействии на уровень липопротеидов плазмы крови-главный модифицируемый фактор риска развития атеросклероза. Статины снижают содержание атерогенных фракций липидного спектра крови и повышают содержание антиатерогенных липопротеинов высокой плотности, что подтверждается клиническими исследованиями [11]. Статины заслуженно завоевали первое место в списке современных препаратов для гиполипидемической терапии. Очень важно, что статины не только снижают холестерин, но и оказывают целый ряд действий, которые усиливают гиполипидемический эффект, а также приводят к регрессу атеросклеротической бляшки. Многолетний клинический опыт применения статинов убедительно показал, что длительная терапия статинами в целом достаточно безопасна. Менее ясен вопрос о безопасности длительной терапии статинами у больных с исходно нарушенной функцией печени. Поскольку больных с такими нарушениями достаточно много, вопрос о предупреждении побочных действий статинов у данной группы пациентов остается достаточно актуальным [12,13].

Цель исследования: Целью нашего ретроспективного анализа было оценивать функционального состояния печени у больных со стабильной стенокардией напряжении ФК II-IV на фоне лечения аторвастатинами.

Материал и методы: С этой целью нами были изучены 396 историй болезни, получавших стационарную лечение в отделении кардиологии и кардиореабилитации 3-клинике ТМА за 2014 - 2016 годы. Из них пациенты (230 мужчины и 166 женщин) в возрасте от 42 до 84 лет (в среднем — 62,3 лет). Всем больным были проведены общепринятые методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма крови, ЭКГ, УЗИ печени). Верификация диагноза была проведена на основании субъективных и объективных критериев, а также результатов лабораторно-инструментальных исследований рекомендованные в МКБ-10.

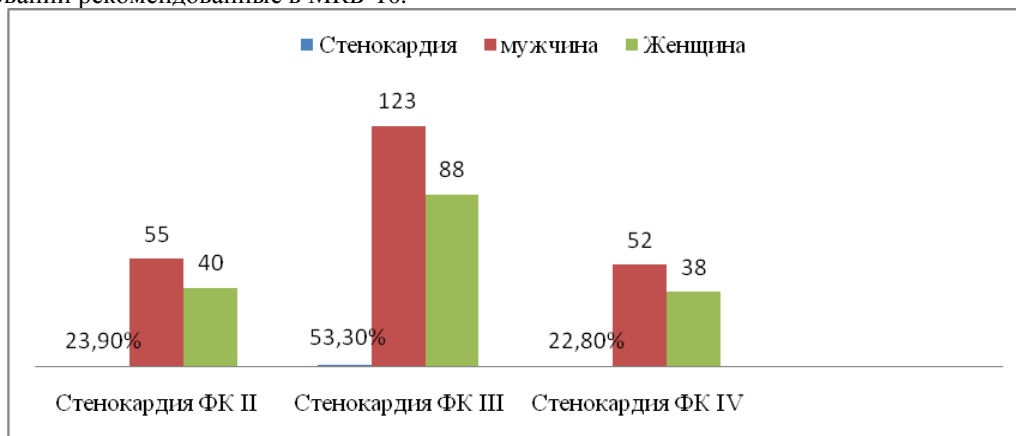


Рисунок 1- Характеристика больных стабильной стенокардией напряжении по полу

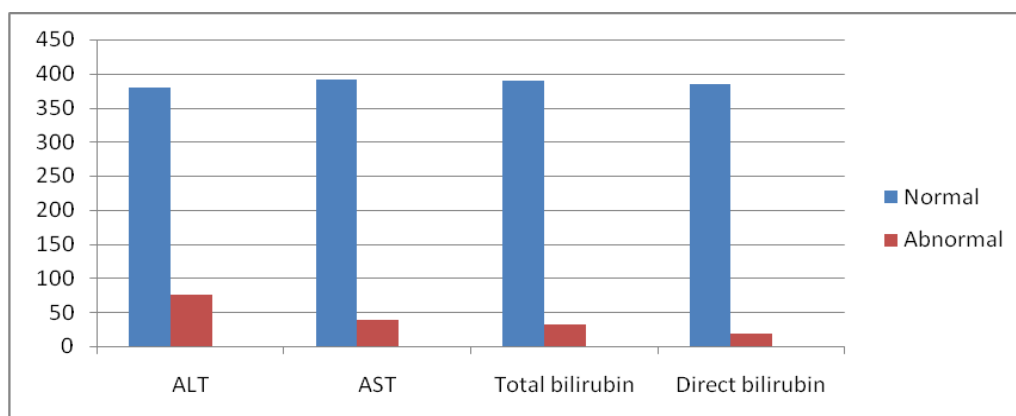


Рисунок 2- Распределение исследуемой популяции трансаминазами печени и билирубинами.

Результаты исследования: В ретроспективное исследование вошли результаты анализа истории болезни 396 больных, средний возраст которых составлял 61,0±2,4 лет. Из них 166 женщин (41,9%) и 230 мужчин (58,1%). Длительность болезни ИБС по анамнезу колебалась от 5 до 12 лет. Гипертоническая болезнь (ГБ) выявлена у 388 пациентов (97,9%), из них 170 (43,8%) женщины и 218 (56,2%) мужчины, у 269 (68%) больных выявлено ГБ II-III ст. Среднее систолическое артериальное давление составляло 150,0 мм рт. ст. диастолическое артериальное давление 87,5мм.рт.ст. Средний показатель пульса составлял 76,6 ударов в минуту. У 375 (94,6%) больных диагностировалась стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (Ф/К) II 95(23,9%) , (Ф/К) III 211(53,3%), у 90(22,8%) больных (Ф/К) IV.

ИБС в сочетании с ожирением выявлена у 210 (53%) пациентов, из них 115 (54,8%) мужчины и 95 (45,2%) женщины. У всех пациентов было проведено биохимические анализы. Их средние значения составляло: общий холестерин- 4,67±0,8; АЛТ- 0,39±0,06; АСТ- 0,36±0,04; Фибриноген-2,8±0,8; ЛПНП- 4,1±0,6, ЛПВП-1,5±0,7, ПТИ-80±0,5; У 25% больных отмечается умеренная гепатомегалия.

Таблица 1 - Результаты биохимического анализа крови пациентов, получающих статины.

Показатель	Результаты
Фибриноген г/л	2,8±0,8
ПТИ %	80±0,5
Тромбоцит	216±4,3
АЛТ, ед/л	39,2±6,0
АСТ, ед/л	36,0±4,0
Холестерин г/л	4,67±0,8
ЛПНП	4,1±0,6
ЛПВП	1,5±0,7

Вывод: в результате ретроспективного анализа терапии статинами показала повышение уровня печеночных ферментов у 80% больных (подъем АЛТ>40 U/L) и уменьшения уровня холестерина у 75% больных. Применение статинов в лечение ИБС является в настоящее время «золотым стандартом». Но, перед началом лечения статинами необходимо принимать в расчет не только из свойство снижать холестерин, но и другие негативном биохимическом воздействии этих препаратов , главным образом на печень. Алгоритм назначения статинов при ИБС включает мониторингирование печеночных ферментов до назначения статинов и во время титрования дозы и в течение лечения. Трансаминазы рекомендовано контролировать каждые 6-8 недель в течение первых шести месяцев лечения статинами.

Литература

1. Ершова А.И., Мешков А.Н., Якушин С.С., и др. Диагностика и лечение больных с выраженной гиперхолестеринемией в реальной амбулаторно-поликлинической практике (по данным регистра РЕКВАЗА). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2014;10(6):612-6].
2. Арабидзе Г.Г., Теблов К.И. Атеросклероз и факторы риска: клиническое значение аполипропротеинов в развитие ИБС. Литтерра, 2008: 14-214.
3. Аронов Д.М. Каскад терапевтических эффектов статинов. Кардиология. 2004; 10: 85-94.
4. Драпкина О.М., Дуболазова Ю.В. Статины и печень: новые горизонты? Русский медицинский журнал том 2009: 17(4): 210-214.
5. Van Ganse E, Laforest J, Alemao E., et al. Lipid-modifying therapy and attainment of cholesterol goals in Europe: the Return on Expenditure Achieved for Lipid Therapy (REALITY) study. Curr Med Res Opin 2005; 21: 1389-1399.
6. Sorrentino S., Landmesser U. Nonlipid-lowering Effect of Statins. Curr Treat & Options Cardiac Med 2005; 7: 459-466.
7. SPARCL Investigators: High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med 2006; 355: 549-559.
8. O'Regan C., Wu P., Arora P. et al. Statin therapy in stroke prevention a meta-analysis involving 121,000 patients. Am J Med 2008; 121: 23-33.
9. Nissen S.E., Nicholls S.J., Sipahi I., et al. Effect of Very High-Intensity Statin Therapy on Regression of Coronary Atherosclerosis The ASTEROID Trial. JAMA 2006; 295: 1556-1565.
10. Nissen S.E., Tuzcu E.M., Schoenhagen P., et al., for the REVERSAL Investigators. Effect of Intensive Compared With Moderate Lipid-Lowering Therapy on Progression of Coronary Atherosclerosis A Randomized Controlled Trial. JAMA 2004; 291: 1071-1080.

11. Moonis M., Kane K., Schwideski U., et al. HMG-CoA-reductase inhibitors improve acute ischemic stroke outcome. Stroke 2005; 36: 1298-300.
12. Lipid modification. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008.
13. Josan K., Majumdar S.R., McAlister F.A. The efficacy and safety of intensive statin therapy: a meta-analysis of randomized trials. CMAJ 2008; 178: 576-584.

Түйін

Рахматуллаева Насиба Тахировна

Медициналық академиясы, Ташкент қаласы, Өзбекстан Республикасы.

ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ГИПОЛИПИДЕМИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯМЕН ЕМДЕУДЕГІ БАУЫР ФУНКЦИЯСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Мақалада жүректің ишемиялық ауруы бар 396 пациенттің ретроспективті зерттеуі келтірілген. Аторвастатинді стационарлы емдеуге 2014-2016 жж. Стационарлы ангина ФК 2-4 негізгі диагнозымен 3-клиникада стационарға қабылданған науқастардың жағдайлары зерттелді. Статинтар әдетте жүректің ишемиялық ауруы тәуекелін азайту үшін қолданылады, бірақ олар бауырдың жағымсыз әсерлерімен байланысты. Нәтижелер стационарлы емдеу кезінде бауырдың трансаминазаларының және жалпы билирубиннің орта мәнінің шамалы өсуін көрсетті.

Кілт сөздер: Коронарлық жүрек аурулары, статиндер, аторвастатин, бауырдың трансаминозы.

Summary

Rakhmatullaeva Nasiba Tahirovna

Medical Academy, Tashkent city, The Republic of Uzbekistan.

“EFFICIENCY OF HYPOLIPIDEMIC THERAPY ON THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE LIVER IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

. The article presents data from a retrospective study involving 396 patients with ischemic heart disease. The case histories of patients who received inpatient treatment with atorvastatin inclusion from 2014 to 2016 in the TMA 3-clinic with the main diagnosis of stable angina FC 2-4 were studied. Statins are normally used to decrease the risk of coronary heart disease, but they tend to be associated with liver adverse effects. The results showed a slight increase in the mean value of liver transaminases and total bilirubin during inpatient treatment.

Key words: Coronary heart disease, statins, atorvastatin, liver transaminases.

МРНТИ 76.33.35

УДК 613.27.613-053.2:613.27 (574)

Мусаев Ю.М., Югай Н В, Салхожаева К.К., Назарова Д.Ш., Ешимбетова Д.Д., Кайыпова Ф.С.
Южно-Казахстанская Медицинская Академия г. Шымкент, Республика Казахстан

ПРОФИЛАКТИКА МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ КАК ПРИОРИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Резюме

Обзором литературы обоснованы предпосылки о необходимости проведения коллективных исследований по теме работы. Целью работы является совершенствование эффективности профилактики микронутриентной недостаточности и организации здорового питания в системе охраны здоровья матери и ребенка. Определены значительное число детей раннего возраста с белково-энергетической, витаминно-дефицитной и микроэлементной недостаточности. Особую группу составляли дети раннего возраста с симптомами сочетанной патологии (полипатологии), то есть одновременного выявления у одного и того же ребенка признаков гипотрофии, ЖДА, рахита и симптомов полигиповитаминозов. Это следует учесть в организации здравоохранения.

Ключевые слова: профилактика, макро - и микронутриенты, детей раннего возраста, дефицит, коррекция, система матери и ребенка, здоровое питание.

Актуальность. Охрана здоровья матери и ребенка, формирование гармонично развитого поколения является одним из важнейших направлений государственной политики Казахстана. Получивший всеобщее признание принцип «Здорового ребенка рождает только здоровая женщина» или лозунг «Здоровая мать – здоровый ребенок» по своей сути является мобилизирующим и объединяющим обращением к народу и стал приоритетом на государственном и общественном уровне [1-5]. При этом реализация государственных программ в области охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане осуществляется в тесном международном сотрудничестве с ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮСАИД и совместно с ведомствами и министерствами народного образования, труда и социальной защиты населения в реализации интегрированной программы по питанию и повышению гигиенических знаний населения [4,6,7]. В то же время, в последние годы особое внимание уделяется дефицитным заболеваниям с микронутриентной недостаточностью, которые являются самой распространенной неинфекционной патологией в мире. Так как для поддержания здоровья, работоспособности, активного долголетия человека особое значение имеет полноценное и регулярное снабжение его организма всеми необходимыми макро-и микронутриентами [2,7,8]. Это диктует о необходимости рационального сбалансированного питания будущей матери и плода. Поэтому, одним из основных направлений в достижении цели: «Здоровая мать – здоровый ребенок» является в первую очередь улучшение питания детей и профилактика микронутриентной недостаточности [6,11-14].

Дефицит микронутриентов (витаминов, минеральных солей, микроэлементов) у беременных и кормящих женщин создает реальную угрозу здоровью матери и ребенка, увеличивают риски рождения недоношенных, младенческой заболеваемости и смертности, нарушений нервно-психического и физического развития детей [7-12]. Так, последствиями недостатка потребления микронутриентов в I триместре беременности, может приводить к нарушениям нормального внутриутробного развития и даже гибели плода. Последствиями недостатка потребления микронутриентов (Mg, Ca, Cu, Zn) во время беременности проявляется задержкой психомоторного развития, глухонемоты, врожденного кретинизма, спастических параличей, врожденной микседемы. При дефиците Fe, Zn, Mn, Cu, Se последствиями их недостатка способствует спонтанным абортam, врожденным уродствам, гипотрофии плода, анемии, иммунодефицитам, spina bifida, хромосомным аномалиям, нарушения или даже отсутствия имплантации, микро-и анофтальмии, синдактилии, аномалии скелета, дефектов формирования нервной трубки [11-20]. Поэтому в модернизации здравоохранения Республики особое внимание уделяется внедрению также других международных стандартов и рекомендаций ВОЗ, ЮНИСЕФ в области охраны материнского и детского здоровья и в области обеспечения здорового питания [3-8]. Между тем, литературные данные последних лет и нашими ежедневными клиническими наблюдениями установлена, что при положительной динамике уменьшения дефицитных состояний, все еще сохраняется ряд негативных тенденций на всех педиатрических участках Республики случаев макро – и микронутриентной недостаточности в виде белково-энергетической недостаточности (гипотрофии), железодефицитных состояний и анемии, витаминдефицитных состояний и рахита, случаев пороков развития органов и систем, преждевременных родов [7-12]. Однако, на сегодняшний день особую тревогу вызывает рост ожирения среди детского населения. По всему миру более 42 млн. детей младше пяти лет имеют лишний вес. Следовательно, одним из наиболее серьезных проблем здравоохранения в 22 веке – это ожирение среди детей [6,7]. Между тем, в литературе недостаточно публикаций, посвященных обсуждению отклонений нутритивного статуса в виде белково-энергетической и особенно микронутриентной недостаточности в системе охраны здоровья матери и ребенка. На основе вышеизложенного, нами разработана и рекомендована новая научно-техническая программа (НТП) по теме 9027 «Профилактика микронутриентной недостаточности и организация здорового питания как приоритет здравоохранения РК в системе охраны здоровья матери и ребенка», по МРНТИ 76.33.35

Целью работы является совершенствование эффективности профилактики микронутриентной недостаточности и организации здорового питания в системе охраны здоровья матери и ребенка.

Материалы (пациенты) и методы. В рамках НТП, согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан №995 от 25 декабря 2017г. были проведены методом профилактических осмотров в 2016 и 2017 гг. детей грудного и раннего возрастов (1 мес - 2 года), постоянно проживающих на территории города Шымкента, обслуживаемые детским отделением поликлиники №2 (ШГП№2) на предмет раннего выявления симптомов белково-энергетической и некоторых микронутриентной (витамина Д) и микроэлементов (железа). В комплексной оценке состояния здоровья ребенка учтены критерии физического, нервно-психического и психомоторного развития с выявлением признаков жестокого обращения младенцам с учетом генеалогического, биологического и социального анамнезов.

Таблица 1 - Дефицитные состояния у детей раннего возраста по городской поликлинике №2

Нозологии	2016гг (абс.ч. и%)	2017гг (абс.ч. и%)
Гипотрофия	60 (2,2%)	48 (1,7%)
Паратрофия	56 (2,02%)	43 (1,5%)
Рахит	41 (1,5%)	51 (1,8%)
Железодефицитная анемия	90 (3,3%)	72 (2,6)
Сочетанная патология (полипатология)	8 (0,3%)	12 (0,4%)
Общее количество детей с дефицитными состояниями с расчетом к общему числу детей 1 месяц – 2 года	255 (9,2%)	226 (8,01%)

Результаты и обсуждение. Предварительными результатами профосмотров были выявлены, что детей до 1 года в 2016г было 1501 , а в 2017г-1511, тогда как число детей 2-х леток равнялось 1264 в 2016г и 1308 в 2017г. Среди обследованных пациентов профосмотром были установлены определенное число детей с белково-энергетической (хроническое расстройство питания-гипотрофии) и витаминно-дефицитных состояний (рахит) и микроэлементной (железо) недостаточности [железодефицитная анемия (ЖДА)]. Так, на педиатрических участках определялись значительное число детей с ЖДА: в 2016г выявлено 90 детей и в 2017г.- 72 (таблица №1). При этом число пациентов с белково-энергетической недостаточностью за 2016-2017гг. равнялось 60 и 48 пациентам, а рахита 41 и 51 случаям соответственно.

Особую группу составляли дети раннего возраста с симптомами сочетанной патологии (полипатологии), то есть одновременного выявления у одного и того же ребенка признаков гипотрофии, ЖДА, рахита и симптомов полигиповитаминозов (А,С,В1,В2). В целом, общее число детей с дефицитными состояниями с расчетом к общему числу детей 1 месяц – 2 года составляли в 2016 г. – 255 (9,2%) пациентов, а в 2017 г. равнялось 226 (8,01%) детей раннего возраста

Вывод: Таким образом, при профосмотрах все еще регистрируются значительное число дефицитных состояний у детей раннего возраста с белково-энергетической и микронутриентной недостаточностью и особенно с сочетанной патологией (полипатологией). Это диктует необходимость дальнейшего совершенствования мероприятий по обеспечению здорового сбалансированного питания и профилактики белково – энергетической и микронутриентной недостаточности у матерей и детей раннего возраста для гармоничного развития подрастающего поколения.

Литература

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009г. «О здоровье народа и системе здравоохранения», №193-IV.
2. Постановление Правительства Республик Казахстан от 14 мая 2001 год № 630: Об утверждении Программы «Охрана здоровья матери и ребенка в Республике Казахстан на 2001-2005годы».
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан на 2011-2015годы» .
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 1027 от 29декабря 2017 года: «Об утверждении Стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан». 5. Мусаев Ю.М. Здорового ребенка рождает только здоровая женщина /Ю.М.Мусаев. Южный Казахстан №68 (17.514). Пятница, 7 июня, 2002.-С.6.
6. Баранов А.А. Педиатрия: национальное руководство/под. ред. академика А.А.Баранова .– М., 2009г. – С.165-167.
7. Калмыкова А.С. Профилактика и лечение пограничных состояний детей раннего возраста/ Поликлиническая и неотложная педиатрия/под редакцией профессора А.С. Калмыковой. -М., 2013г. – С.449-499.
8. Шабалов Н.П. Дефицитные состояния/Н.П. Шабалов. Детские болезни, том1, -«Питер». 2002г. – С. 179-268.
9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан №995 от 25 декабря 2017г: «Об установлении целевых групп лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, а также правил и периодичности проведения данных осмотров».
10. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан, №104 от 20 февраля 2012г.: «О проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактики заболеваний».
11. Шарманов Т.Ш., Смагулова И.Е., Балгимбеков Ш.А. Профилактика дефицита важнейших микронутриентов у женщин репродуктивного возраста и детей /Т.Ш. Шарманов и соавт. Здоровье и болезнь 2009; 2:11-14.

12. Мусаев Ю.М., Югай Н.В., Назарова Д.Ш., Кайипова Ф.С. Проблема профилактики и реабилитации белково-энергетической и микронутриентной недостаточности детей в условиях ПМСП как важнейший резерв снижения заболеваемости /Ю.М. Мусаев и соавт. Journal of Health Development, Astana.2018. - С.67-72.
13. Блинков И.Л., Стародубцев А.К., Сулейманов С.Ш., Ших Е.В. Микроэлементы/ И.Л.Блинков и соавт. Краткая клиническая энциклопедия. Хабаровск, 2004г.(Интернет - ресурс).
14. Ших Е.В., Ильенко Л.И. Клинико-фармакологические аспекты применения витаминно-минеральных комплексов у женщин в период беременности. М./ Е.В.Ших, Л.И. Ильенко. М.Медпрактика, 2007г.(Интернет - ресурс).
15. Darlow B.A., Winterborn C.C., Inder T.E., Graham P.J., Harding J.E., Weston P.J. The effect of selenium supplementation on outcome in very low birth weight infants: a randomized controlled trial./ B.A.Darlow et al. The New Zealand Neonatal Study Group. J. Pediatr 2009; 136: 4: 473—480.
16. Johnson M.A., Porter K.H. Micronutrient supplementation and infection in institutionalized elders. /M.A.Johnson et al. Nutr. Res, 2007; 55: 11: 400—404.
17. Pathak P., Kapil U. Role of trace elements zinc, copper, magnesium during pregnancy and its outcome. /P.Pathak et al. Indian. J. Pediatr., 2009; 13: 71: 1003—1005.
18. Regina Brigelius-Flohé, Frank J. Kelly, Jukka T. Salonen, Jiri Neuzil, Jean-Marc Zingg, Angelo Azzi. The European perspective on vitamin E: current knowledge and future research. /Regina Brigelius-Flohé et al. Am. J. Clin. Nutr., 2010; 10: 76: 703—716.
19. Voutilainen S., Rissanen T.H., Virtanen J., Lakka T.A., Salonen J.T. Low dietary folate intake is as excess incidence of acute coronary events: The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. /S.Voutilainen et al. Circulation, 2011; 103: 22: 2674—2680.
20. Ward M., McNulty H., Cuskelly G.J. Response of red blood cell folate to intervention: implications for folate recommendations for the prevention of neuronal tube defects. / M.Ward et al. Am. J. Clin. Nutr., 2010; 71: 5 Suppl: 1308—1311.

Түйін

Мұсаев Ю. М., Югай Н.В., Салхожаева К.К., Назарова Д.Ш., Ешимбетова Д.Д., Каипова Ф.С.
Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТІРЛІГІ АНА МЕН БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ МИКРОНУТРИЕНТТІ ЖЕТІСПЕУШЛІКТІҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ДҰРЫС ТАМАҚТАНУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУДАҒЫ БАСТЫ МАҚСАТЫ

Жұмыс тақырыбы бойынша әдебиеттерді шолу. Баланың денсаулығы төмендейді. Протеин-энергетикалық, витамин жетіспеушілігі және микроэлементтер тапшылығы бар жас балалар саны айтарлықтай анықталды. Гипотрофия, IDA, rachitis және polychrome симптомдары бар жас балалар арнайы топ болды. Бұл денсаулық сақтау ұйымында қарастырылуы керек.

Кілт сөздер: алдын-алу, макро және микроэлементтер, кішкентай балалар, жетіспеушілік, түзету, ана мен баланың жүйесі, дұрыс тамақтану.

Summary

Musaev Yu. M., Yugay NV, Salkhozhaeva KK, Nazarova D.Sh., Eshimbetova D.D., Kayypova F.S.
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

PREVENTION OF MICRONUTRIENT INSUFFICIENCY AND ORGANIZATION OF HEALTHY FOOD AS A PRIORITY OF HEALTHCARE OF RK IN THE SYSTEM OF MOTHER AND CHILD HEALTH PROTECTION

A review of the literature substantiates the prerequisites for the need for collective research on the topic of work. The aim of the work is to improve the effectiveness of prevention of micronutrient deficiency and the organization of healthy nutrition in the system of maternal and child health. A significant number of young children with protein-energy, vitamin-deficient and microelement deficiency were identified. A special group were young children with symptoms of concomitant pathology (polyopathy), that is, the simultaneous identification of signs of hypotrophy, IDA, rachitis and symptoms in the same child polyhypovitaminosis. This should be considered in the organization of health care.

Key words: prevention, macro- and micronutrients, young children, deficiency, correction, mother-and-child system, healthy nutrition.

МРНТИ 76.29.30
УДК 616.12-009.72-08

У.К. Абдуллаева, Д.Б. Мирзаева

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Резюме

В работе приведены результаты исследования клинической эффективности включения предуктала-МВ в состав комплексной терапии 40 случаев стабильной стенокардией II функционального класса. Артериальная гипертензия имела место у 72,3% больных, сахарный диабет 2 типа – у 7,2%. Пациенты получали стандартную терапию + Предуктал MR 35 мг 2 раза/сут. Переносимость препарата Предуктал MR оценили как отличную и хорошую в общей сложности 95% врачей (5 чел.) и 90% пациентов (36 чел.). После 8 недельной терапии желание продолжить лечение Предукталом MR изъявили 90% больных. 8 недель терапии Предукталом MR привели к статистически достоверному снижению частоты ангинозных приступов в неделю на 50,5% или в 2 раза. Таким образом, предуктал MR может служить препаратом выбора при лечении стабильной стенокардии напряжения II функционального класса.

Ключевые слова: стабильная стенокардия, метаболическая терапия, Предуктал MR, смертность, система кровообращения

Актуальность проблемы: Частота стабильной стенокардии напряжения (ССН) резко увеличивается с возрастом: у женщин с 0,1-1% в возрасте 45-54 лет до 10-15% в возрасте 65-74 лет и у мужчин с 2-5% в возрасте 45-54 лет до 10-20% в возрасте 65-74 лет. Смертность от болезней системы кровообращения в Узбекистане составила в 2010 году 56,7% смертности от всех причин.

Стабильная стенокардия напряжения – наиболее часто диагностируемая форма ИБС, в основе которой в большинстве случаев лежит атеросклеротическое поражение коронарных артерий. С этим заболеванием встречаются не только кардиологи и терапевты, но и врачи других специальностей.

Принятые в 2013 г. рекомендации Европейского общества кардиологов [1, 4, 6, 8, 9, 14, 18] касаются средств, улучшающих прогноз при стабильной стенокардии; к ним отнесены ацетилсалициловая кислота, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина 1-го типа. К антиишемическим средствам 1-й линии терапии, влияющим на качество жизни пациентов, отнесены нитраты короткого действия, β -адреноблокаторы (БАБ), антагонисты кальция (АК), к средствам 2-й линии терапии – ряд средств, включая препараты метаболического действия (триметазидин МВ), которые могут быть использованы в качестве дополнения к стандартным средствам (БАБ, АК и др.) или в качестве альтернативы им при плохой переносимости (класс доказательств III, уровень доказательности В) [3, 10, 13, 17, 19, 20].

Препарат Предуктал MR (фирма Servier, Франция) переключает энергетический метаболизм миокарда с окисления жирных кислот на окисление глюкозы за счет ингибирования ацетил-КоА-ацилтрансферазы, ключевого фермента окисления жирных кислот в митохондриях [2, 5, 7, 11, 12, 15, 16].

Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость Предуктала MR (фирма Servier, Франция) при лечении стабильной стенокардии напряжения (ССН) II функционального класса (ФК).

Материал и методы. Под наблюдением находились 40 больных, из них мужчин - 55% (22 чел.), женщин - 45% (18 чел.). Средний возраст - 56,8 лет. Средний индекс массы тела - 29,6. Артериальная гипертензия имела место у 72,3% больных, сахарный диабет 2 типа – у 7,2%. Пациенты получали стандартную терапию + Предуктал MR 35 мг 2 раза/сут.

Анализированные данные подвергались статистической обработке с использованием формулы для относительных величин. Результаты выражали в виде среднего \pm стандартное отклонение (SD). Параметрические данные с нормальным типом распределения сравнивали с помощью t-критерия Стьюдента. Статистический анализ проведен с помощью программы STATISTICA 5.0. (Statsoft, США).

Результаты и их обсуждение: 8 недель терапии Предукталом MR привели к статистически достоверному ($p < 0,05$) снижению частоты ангинозных приступов в неделю с $22,8 \pm 3,5$ до $11,4 \pm 1,9$ раз, т.е. на 50,5% или в 2 раза. Терапия Предукталом MR вызвала достоверное ($p < 0,05$) уменьшение потребления короткодействующих нитратов в неделю с $17,4 \pm 2,9$ до $7,6 \pm 1,5$ таблеток, т.е. на 56,3% или в 2,3 раза. В 95% случаев врачи и 94% случаев пациенты оценили эффективность терапии Предукталом MR как отличную и хорошую. Переносимость препарата Предуктал MR оценили как отличную и хорошую в общей сложности 95% врачей (5 чел.) и 90% пациентов (36 чел.).

После 8 недельной терапии желание продолжить лечение Предукталом MR изъявили 90% больных. В ходе терапии у 5,0% пациентов (2 чел.) зафиксированы побочные эффекты. Один пациент (2,5%) отказался от лечения, один больной (2,5%) вынужден был отказаться от продолжения терапии из-за финансовых проблем. Более чем у половины пациентов (55,0%) изменений в антиангинальной терапии не было, у 12,5% больных дозы были уменьшены, у 10,0% - увеличены, у 4,5% пациентов имела место отмена препаратов, у 8,0% производилась замена препаратов в пределах одной фармакологической группы, 10,0% больных была назначена другая антиангинальная терапия.

Выводы. 1. Таким образом, предуктал MR может служить препаратом выбора при лечении стабильной стенокардии напряжения II функционального класса. 2. Применение предуктал MR в течение 8 недель не оказывает негативного влияния на липидный и углеводный профиль больных и не выявляет клинически значимых побочных эффектов.

Литература

1. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology (Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S., et al.) Eur Heart J 2013; 34: 2949- 3003.
2. Ohman EM, Alexander KP. The challenges with chronic angina. N Engl J Med 2014; 71: 1152-3.
3. Fihn SD, Blankenship JC, Alexander KP, et al. 2014 ACC/AHA/AATS/PCNA/SCAI/STS focused update of the guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease. Circulation 2014; 130: 1749-67.
4. Lupanov VP. Medicines affecting the metabolism of the myocardium. In the book. Rational pharmacotherapy of cardiovascular diseases. Ed. Chazov EI, Karpov YuA. M., Litterra, 2015: 298-300. Russian (Лупанов В. П. Лекарственные средства, влияющие на метаболизм миокарда. В кн. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Под ред. Е.И. Чазова, Ю.А. Карпова, 2 изд., М., Литтерра 2015: 298-300).
5. Cesar LA, Gowdak LH, Mansur AP. The metabolic treatment of patients with coronary artery disease: effects on quality of life and effort angina. Curr Pharm Des 2009; 15(8): 841-9.
6. Peng S, Zhao M, Wan J, et al. The efficacy of trimetazidine on stable angina pectoris: a meta-analysis of randomized clinical trials. Int J Cardiol 2014; 177: 780-5.
7. Zhang L, Lu Y, Jiang H, et al. Additional use of trimetazidine in patients with chronic heart failure: a meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2012; 59(10): 913-20.
8. Guarini G, Huqi A, Morrone D, et al. Pharmacological agents targeting myocardial metabolism for the management of chronic stable angina: an update. Cardiovasc Ther 2016; 30(4): 379-1.
9. Teng Y. Effect of trimetazidine in the treatment of stable angina pectoris. Clin J Mod Drug Appl 2011; 11: 187-8.
10. Bucci M, Borra R, Nagren K, et al. Trimetazidine reduces endogenous free fatty acid oxidation and improves myocardial efficiency in obese humans. Cardiovasc Ther 2012; 30: 333-41.
11. Deysi CA. Trimetazidine in practice review of the clinical and experimental evidence. Am J Ther 2016; 23(3): e871-e9.
12. Vitale C, Spoletini I, Malorni W, et al. Efficacy of trimetazidine on functional capacity in symptomatic patients with stable exertional angina — the VASCO-angina study. Int J Cardiol 2013; 168 (2): 1078-81.
13. Zhao Y, Peng L, Luo Y, et al. Trimetazidine improves exercise tolerance in patients with ischemic heart disease. A meta-analysis. Herz 2016; 41(6): 514-22.
14. Hu B, Li W, Xu T, et al. Evaluation of trimetazidine in angina pectoris by echocardiography and radionuclide angiography: a meta analysis of randomized, controlled trials. Clin Cardiol 2011; 34: 395-400.
15. Lupanov VP. The metabolic myocardial cytoprotector trimetazidine in the treatment of patients with coronary heart disease and related illnesses. Consilium medicum 2014; 16, 5: 37-43. Russian (Лупанов В.П. Метаболический миокардиальный цитопротектор триметазидин в лечении больных ишемической болезнью сердца и сопутствующих заболеваний (обзор). Consilium medicum 2014; 16, 5: 37-43).
16. Chrusciel P, Rysz J, Banach M. Defining the role of trimetazidine in the treatment of cardiovascular disorders: some insights of its role in heart failure and peripheral artery disease. Drugs 2014; 74(9): 871-80.
17. Lopatin YM, Rosano GM, Fragasso G, et al. Rationale and benefits of trimetazidine by acting on cardiac metabolism in heart failure. Int J Cardiol 2016; 203: 909-15.
18. Gao D, Ning N, Niu X, et al. Trimetazidine: a meta-analysis of randomised controlled trials in heart failure. Heart 2011; 97(4): 278-86. 19. Zhang Y, Ma X-j, Shi D-z. Effect of Trimetazidine in Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Meta-Analysis. PLOS One 2015, 10(9); e0137775.
19. Lupanov VP, Maksimenko AV. Protective ischemia in cardiology. Myocardial conditioning forms. Cardiovascular Therapy and Prevention 2011; 10 (1): 96-103. Russian (Лупанов В. П., Максименко А.В.

Түйін

У.К. Абдуллаева, Д.Б. Мирзаева

Бұхара мемлекеттік медицина институты, Бұхара, Өзбекстан

ТУРАҚТЫ СТЕНОКАРДИЯНЫҢ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ АЙМАҚТЫҚ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ

Функциональдық II сыныпты тұрақты стенокардия жағдайларын кешенді терапияда прециялық-МБ қосудың клиникалық тиімділігін зерттеу нәтижелері келтірілген. Артериялық гипертензия 72,3%, 2 типті қант диабеті 7,2% болған. Пациенттер стандартты терапия + премяль MR 35 мг тәулігіне 2 рет алды. Дәрілік препараттардың толеранттылығы Предукция MR 95% дәрігерлердің (5 науқас) және науқастардың 90% -ның (36 адам) жақсы және жақсы бағаланды. 8 апта терапиядан кейін, науқастардың 90% Предукция MR-мен емдеуді жалғастыруға ниет білдірді. Прогрессальды MR-мен емдеудің 8-ші аптасында аптасына 50% немесе 2 есе артық ангиальдық шабуылдардың статистикалық маңызды төмендеуіне әкелді. Алғашқы препарат MR тұрақты стенокардияны емдеуде таңдаулы препарат ретінде қызмет етуі мүмкін сыныптың функциональдық класы.

Кілт сөздер: тұрақты стенокардия, метаболикалық терапия, препараттардың MR, өлім, қанайналым жүйесі

Summary

U. Abdullaeva, D.Mirzaeva

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

REGIONAL PERSPECTIVES OF METABOLIC THERAPY OF STABLE STENOCARDIA

The results of the study of the clinical efficacy of the inclusion of preductal-MB in the complex therapy of 40 cases of stable angina of functional class II are presented. Arterial hypertension occurred in 72.3% of patients, type 2 diabetes mellitus - in 7.2%. Patients received standard therapy + Preductal MR 35 mg 2 times / day. Tolerability of the drug Preductal MR was assessed as excellent and good by a total of 95% of physicians (5 patients) and 90% of patients (36 people). After 8 weeks of therapy, 90% of patients expressed a desire to continue treatment with Preductal MR. 8 weeks of treatment with Preductal MR resulted in a statistically significant decrease in the frequency of anginal attacks per week by 50.5% or 2 times. Thus, the preductal MR can serve as a drug of choice in the treatment of stable angina pectoris of the second class functional class.

Key words: stable angina, metabolic therapy, Preductal MR, mortality, circulatory system

МРНТИ -76.29.43

УДК 616.61-002.27

А.Х. Абдурахимов, З.А. Эргашева, И.К. Касимова

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республика Узбекистан

КОРРЕКЦИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ДИСБАЛАНСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Резюме

Гиперкалиемия в нефрологии сопровождается, как правило, прогрессирующую утрату функции при хронической почечной недостаточности. Цель исследования - Определить возможности коррекции электролитного дисбаланса, профилактики прогрессирования почечной недостаточности и предупреждение дальнейших осложнений. Наблюдения проводились у 36 больных в возрасте от 29 до 47 лет. Оценку лечения проводили по субъективным данным больных и с помощью определения концентрации калия. Применение слабительных средств при гиперкалиемии помогает восстановить электролитный дисбаланс.

Ключевые слова: Гиперкалиемия, электролитный дисбаланс, хроническая почечная недостаточность, диуретик, бисакодил

Актуальность проблемы: Хроническая почечная недостаточность - это постепенное снижение функции почек до ее полного исчезновения, вызванное постепенной гибелью почечной ткани в результате хронического заболевания почек [Ярилин А.А., 1999]. В основе развития хронической почечной недостаточности (ХПН) лежит постепенная гибель основной рабочей единицы почки - нефрона. Оставшиеся нефроны почек вынуждены работать с повышенной нагрузкой. Нефроны, работающие с повышенной нагрузкой в свою очередь так же более подвержены изменениям и гибели [Chan T.M., 2000]. Несмотря на то, что компенсаторные возможности почек высокие (даже оставшиеся 10% нефронов способны поддерживать водно-электролитный баланс в организме), уже на ранних стадиях хронической почечной недостаточности возникают нарушения электролитного состава крови, ацидозу, нарушается обмен белка в организме, задерживаются продукты обмена: мочевины, креатинин, мочевины, мочевая кислота [Бочков Н. П., 2002]. На сегодняшний день выявлено более 200 веществ, обмен которых в организме нарушается при почечной недостаточности [Ivashkin V.T., 2007].

Гиперкалиемия – наиболее часто встречающееся состояние, вызывающее смертельные сердечные аритмии. Электрокардиографические проявления гиперкалиемии изменчивы от синусоидальной кривой, встречающейся при тяжелой гиперкалиемии, до неспецифических нарушений реполяризации при умеренной степени повышения уровня калия. Обзор гиперкалиемии рассматривает электрокардиографические и электрофизиологические изменения при повышении уровня калия.

Гиперкалиемия в нефрологии сопровождается, как правило, прогрессирующую утрату функции при хронической почечной недостаточности. Этот вид электролитных расстройств возможен при острых состояниях, например при синдроме длительного сдавления или гемолизе, в результате которых развивается острое повреждение почек (применяемый ранее термин — острая почечная недостаточность) (Иванов Д.Д., 2012). Таким образом, гиперкалиемия чаще характеризует приобретенные заболевания почек, в то время как врожденная наследственная патология почек обычно сопровождается гипокалиемией.

Если функция клубочковой фильтрации не страдает, гиперкалиемия может быть следствием снижения секреции калия при нарушениях регуляции в собирательных трубках из-за низкой концентрации альдостерона или при нарушениях транспорта электролита в калиевых каналах (ROMK1, KCNK1, KCNJ10).

Цель исследования: Определить возможности коррекции электролитного дисбаланса, профилактики прогрессирования почечной недостаточности и предупреждение дальнейших осложнений. Для достижения поставленной цели планировали решить некоторые задачи: изучить механизмы регуляции водно-электролитного баланса и его особенности при ХПН, осложнение электролитного дисбаланса и разработка нового метода коррекции электролитного дисбаланса.

Материалы и методы исследования: Наблюдения проводились у 36 больных в возрасте от 29 до 47 лет. Оценку лечения проводили по субъективным данным больных и с помощью определения концентрации калия. У 5 больных определен асцит по данным УЗИ, а у остальных – диффузные отеки.

Результаты и их обсуждение: Анализы на калия показали, что у всех пациентов концентрация калия повышена. Эти пациенты были разделены на две группы. В первой группе 19 больных, во второй группе 17. Первой группе пациентов назначалась терапия при помощи диуретиков по индивидуальной дозировке в течение месяца. А во второй группе назначался курс терапии препаратом бисакодила по одной таблетки два раза в день. При проведении повторных анализов после курса терапии для определения концентрации калия у больных первой группы результаты показали, что концентрация калия не изменена. А у второй группы пациентов результаты анализов показали, что концентрация калия снижена до физиологических норм и у них наблюдалось улучшение общего состояния.

Выводы: Применение слабительных средств при гиперкалиемии помогает восстановить электролитный дисбаланс.

Литература

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека. М.: Медицина, 1991. - 496 с.
2. Айзман Р.И. Рефлекторный механизм регуляции гомеостаза калия: Автореф. дис. канд. биол. наук. Ашхабад. 1977. - 14с.
3. Айзман Р.И. Возрастные особенности водно-солевого обмена и функций почек: Автореф. дис. док. биол. наук. -М., 1985. — 45с.
5. Айзман Р.И. Возрастные особенности регуляции гомеостаза калия.// Интегративная физиология. Сб научн. тр. Новосибирск. 2001. — С. 21-35.
6. Баженова А.Ф., Баженов Ю.И., Смирнова Е.А., Чувагина О.А. Влияние тиреоидэктомии на содержание ионов натрия и калия в тканях белых крыс.// Нефрология и диализ. Т. 5 (3). Москва. 2003. — С. 223.
7. Берхин Е.Б. К механизму полиурической фазы действия гормонов нейрогипофиза.// Физиол. журн. СССР. 1973. - Т.59. - №4. - С.652-657.
8. Берхин Е.Б. Фармакология почек и ее физиологические основы. М.: Медицина. 1978.-325с.
9. Берхин Е.Б., Иванов Ю.И. Методы экспериментального исследования почек и водно-солевого обмена. Барнаул. 1972. - 199с.
10. Ван А.В. Биологическая роль минералов.// Природные минералы на службе человека (Минеральная среда и жизнь): Междунар. научно-прак. конф. Новосибирск. 1997. -С.14-15.
11. Веливанова Л.К. Тканевые рецепторы осморегулирующего рефлекса. Дисс.канд. биол. наук. Новосибирск. 1955. 240с.
12. Великанова Л.К. О рецепторах осморегулирующего рефлекса.// Бюл. эксперим. биол. и мед. 1958. № 4. - С. 21-23.
13. Гагечиладзе Ф.А. Влияние полной денервации почки на её функцию // Изв. науч. ин-та им П.Ф. Лесгафта. 1928. т. 14. - С. 83-112.
14. Герасев А.Д., Айзман Р.И. Роль почечных нервов в регуляции экскреции калия. Новосибирск, 1994. - 12с. - Деп. в ВИНТИ 18.10.94 №2380-В94.

15. Герасев А.Д., Луканина С.Н., Святаш Г.А., Айзман Р.И. Особенности транспорта ионов K⁺ в кишечнике крыс при использовании природных цеолитов в качестве пищевой добавки// Физиол. журн. им. И.М. Сеченова. 2003.т. 89 (8).-С. 972-981.
16. Гоффтен Ф., Клар С. Патофизиология хронической почечной недостаточности.// Почка и гомеостаз в норме и при патологии: Пер. с англ./ Под ред. С.Клара. М.: Медицина, 1987. - С.361-389
17. Длусская ИХ. К вопросу о реакциях ренин-альдостероновой системы на водно-нагрузочные пробы.// Физиология человека. 1984. т. 10 (3). - С. 435-439.
18. Дюкарев И.А. Влияние химической десимпатизации крыс в пре- и постнатальный периоды онтогенеза на функции почек: Автореф. дис. канд. биол. наук. Новосибирск, 2000.-24с.
19. Ермоленко В.М. Хроническая почечная недостаточность.// Нефрология./ Под ред. И.Е. Тареевой. М. 1995. - т. I. - С. 322-379.
20. Иванов Ю.И. Современные данные по объемной регуляции функции почек.// Регуляция функций почек и водно-солевого обмена/ Ред. Е.Б. Берхин. Барнаул. 1973а. - вып. 3. - С. 24-34.
21. Иванова Л.Н. Антидиуретический гормон и его роль в регуляции осмотического концентрирования мочи.// Физиология и патология почек и водно-солевого обмена. Киев: Наукова думка. 1974. - С. 35-44.
22. Москалев Ю.И. Минеральный обмен. М.: Медицина. 1985. 286с.
23. Муравьева Я.Л. Влияние денервации на функции почек крыс в онтогенезе: Автореф. дис. канд. биол. наук. Новосибирск, 2000. — 22с.
24. Попова Е.Б. Гормоны коры надпочечников и их роль в механизме натрийуреза при осморегуляции. Автореф. дисс.канд. мед. наук. Новосибирск. 1971.- 14с.
25. Пронина Т.С., Айзман Р.И. Роль альдостерона в регуляции водно-солевого гомеостаза у детей разного возраста.// VI Всесоюзная конференция по физиологии почек и водно-солевого обмена. Сб. научн. тр. Новосибирск. 1981. — С. 86.

Түйін

А.Х. Абдурахимов, З.А. Ергашева, И.К. Қасымова

Андижан мемлекеттік медицина институты, Андижан қ., Өзбекстан Республикасы
ХРОНИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТА ЭЛЕКТРОЛИТТІК ДИСБАЛАНСТЫ ТҮЗЕТУ

Нефрологиядағы гиперкалемия әдетте созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің функциясының жоғалуына әкеледі. Зерттеудің мақсаты - электролит дисбалансын түзету, бүйрек жеткіліксіздігінің алдын алу және одан әрі асқынулардың алдын алу мүмкіндігін анықтау. Бақылау 29 жастан 47 жасқа дейінгі 36 наукаста өткізілді. Емдеуді бағалау наукастың субъективті деректеріне сәйкес және калий концентрациясын анықтау арқылы жүргізілді. Глюкальемиядағы лактериялардың қолданылуы электролит дисбалансын қалпына келтіруге көмектеседі.

Кілт сөздер: гиперкалемия, электролиттің тепе-теңдігі, созылмалы бүйрек жетіспеушілігі, диуретик, бисакодил

Summary

A.H. Abdurakhimov, Z.A. Ergasheva, I.K. Kasymova

Andijan State Medical Institute, Andijan, Republic of Uzbekistan

CORRECTION OF ELECTROLYTIC DISBALANCE IN CHRONIC RENAL FAILURE

Hyperkalemia in nephrology usually accompanies progressive loss of function in chronic renal failure. The purpose of the study is to determine the possibilities of correcting electrolyte imbalance, preventing the progression of renal failure, and preventing further complications. Observations were carried out in 36 patients aged from 29 to 47 years. The evaluation of the treatment was carried out according to the patient's subjective data and by determining the potassium concentration.

The use of laxatives in hyperkalemia helps to restore electrolyte imbalance.

Keywords: hyperkalemia, electrolyte imbalance, chronic renal failure, diuretic, bisacodyl

МРНТИ 76.29.48
УДК 618. 615.(616.6) (616.15)

С.Р. Адизова, Н.Г. Ашурова, М.М. Жумаева

Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Республика Узбекистан

ИСХОДЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Резюме

Целью исследования явилось охарактеризовать клиническую картину женщин старшего репродуктивного возраста путем изучения влияния внутриматочной контрацепции на клинико-лабораторных показателей. Исследование проводилось в клинической базе кафедры акушерства и гинекологии Бухарского государственного медицинского института. Объектом исследования явились 52 женщины старшего репродуктивного возраста, использующих ВМК. Использование ВМК у женщин старшего репродуктивного возраста ограничено тем, что у них высокая частота развития воспалительных заболеваний органов малого таза. Следовательно, ВМК повышает риск развития и усугубления гипохромной анемии. Выраженность ее возрастает по мере удлинения ношения ВМК.

Ключевые слова: внутриматочная контрацепция, влагалищный мазок, менструальный цикл, гинекологический статус.

Актуальность проблемы: Одним из основных звеньев Концепции Безопасного Материнства является планирование семьи. В настоящее время репродуктивному здоровью женщин, уделяется особое внимание. Женщины старшего репродуктивного возраста прежде всего относятся к группе риска по возникновению беременности. У данной категории женщин она редко бывает планируемой и в основном завершается абортom. Так, по данным статистики, частота искусственного аборта у женщин с высоким паритетом родов в анамнезе составляет около 60% т.е. 20% от общего количества абортов. [1,2] Именно у этой категории пациенток аборты в 2-3 раза чаще протекают с осложнениями, чем в общей популяции (на фоне предшествующих осложнённых родов, внутриматочных вмешательств и воспалительных заболеваний половых органов, внутриматочных синехий, эндометриоза, миомы матки, предменструального синдрома). У женщин данной группы отмечается рост соматической и гинекологической заболеваемости, которая, по данным отдельных авторов, составляет от 45% до 65%. Около 10-15% гинекологических больных в возрасте от 35 до 40 лет перенесли оперативные вмешательства. Потребность в эффективной контрацепции у женщин старшего репродуктивного возраста очевидна.

Планирование семьи для рождения только желанных детей следует рассматривать, как неотъемлемое право женщины на сохранение своего здоровья, здоровья настоящих и будущих детей [2].

Регуляция рождаемости, сохранение здоровья женщины, снижение материнской и перинатальной смертности, гинекологической заболеваемости, профилактика осложнений, связанных с абортom, в значительной мере определяются эффективностью применения современных контрацептивных средств.[4,5]

Внутриматочная контрацепция (ВМК) является наиболее популярным средством контрацепции. Почти 85 млн женщин во всем мире используют ВМК.[6,7]

В нашей республике ВМК является самым широко используемым методом контрацепции, частота применения которого составляет до 67% среди всех методов.[3] Наряду с высокой эффективностью, этот метод контрацепции имеет некоторые недостатки, к которым относятся обострение воспалительных процессов, нарушение менструального цикла, наступление внематочной беременности и т.п. Исходя из вышеизложенного целью настоящего исследования явилось выбор оптимальный метод контрацепции для женщин старшего репродуктивного возраста путем изучения влияния внутриматочной контрацепции на клинико-лабораторных показателей.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось в клинической базе кафедры акушерства и гинекологии Бухарского государственного медицинского института. Объектом исследования явились 52 женщины старшего репродуктивного возраста, использующих ВМК. Длительность ношения составило от 3х месяцев до 8,6 лет, среди которых городское население составило 53,9% женщин, сельское население составило 46,1% женщин.

Среди носящих ВМС женщины от 30 до 35 лет были 12, что составило 23%, в возрасте от 35 до 40 лет были 30 женщин (57,7%) и старше 40 лет были 10 женщин, что составило 19,3% .

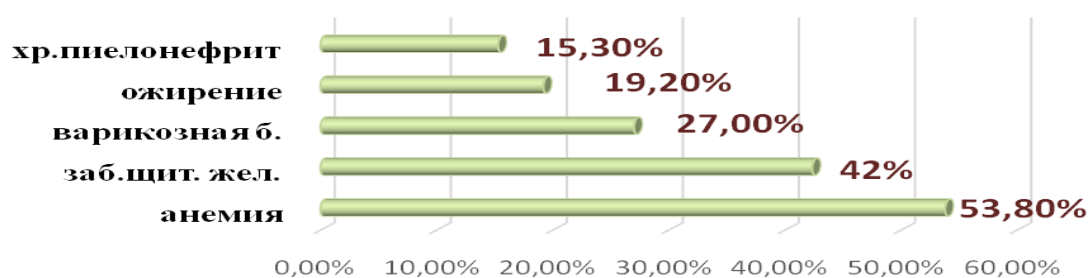


Рисунок 1 - Соматический статус обследованных

Как видно из диаграммы, что у женщин старшего репродуктивного возраста среди экстрагенитальных патологий превалировала анемия различной степени (53,8%). Почти каждая вторая женщина указывала на заболевания щитовидной железы (42,3%), что указывает на распространенность данной патологии в эндемической зоне.

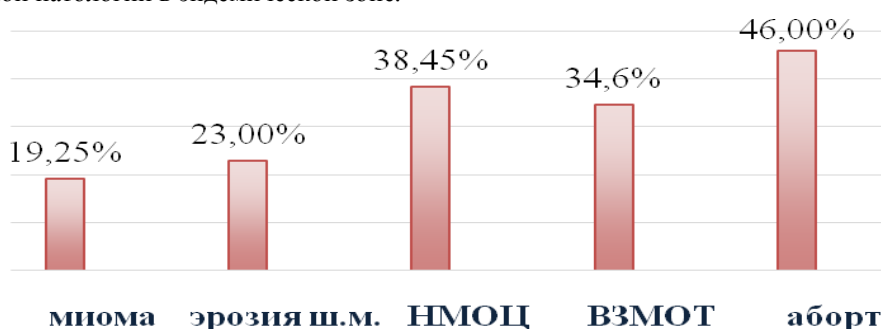


Рисунок 2. - Гинекологический статус женщин старшего репродуктивного возраста

По частоте встречаемости соматической патологии у женщин старшего репродуктивного возраста варикозная болезнь заняла третье место, что составило 27%. Частыми ангинами в виде хронических тонзиллитов переболели 16 (30,7%) женщин. Синуситы встречались у 7,7%. Синуситы встречались в основном в виде гайморитов и фронтитов. Хроническими бронхитами страдали 6 женщин из ретроспективной группы, что составило 11,5%. Гипертоническая болезнь у обследованных женщин старшего репродуктивного возраста встречалась довольно часто, что составило 15,3%

На вегетососудистую дистонию указывали 26,9% женщин. Заболеваниями желудочно-кишечного тракта в виде гастритов, колитов страдали 13,5%. Эндокринной патологией страдали 26,9% женщин.

Так же изучен гинекологический статус обследованных женщин, который представлен в диаграмме №2

Как видно из диаграммы, каждая третья женщина (34,6%) перенесла эпизоды воспалительных заболеваний органов малого таза, в основном в виде хронических аднекситов, кольпитов и метроэндометритов. Миомы различных размеров и локализаций имели 10(19,2%). При осмотре шейки матки в зеркалах эрозии шейки матки обнаружены у 12(23%) женщин. В анамнезе на нарушения менструального цикла указывают 38,4% женщин старшего репродуктивного возраста. Нарушения цикла проявились в основном виде опсоменореи, гиперполименореи и пройоменореи. Артифициальный аборт в анамнезе произведен у 24 женщин старшего репродуктивного возраста. У 23% женщин обследованных групп эта операция произведена неоднократно.

Изучение характера менструального цикла выявило, что у 50% женщин носящих ВМК наблюдалась нормопонирующий тип цикла. Антепонирующий цикл (21-25 дней) имели 20 женщин, что составило 38,4%. Всего одна женщина из этой группы имела постпонирующий цикл, который продолжался более 31-35 дней. Следует отметить, что менструальная функция у этих женщин характеризовалась длительностью, обильностью и болезненностью. Так, по длительности менструальных дней 36,1% женщин менструировали более 7 дней. У 53,8% женщин наблюдалось длительность от 5 до 7 дней. Всего 7,7% женщин имели короткую продолжительность(3-4дня) на фоне ношения ВМК. По объёму кровопотери 73% женщин из этой группы имели обильные менструации, объём кровопотери при котором составило более 80 мл, что выявлено при опросе по количеству использованных прокладок за сутки. При этом регулярный цикл отмечено у 80,7% женщин из группы носящих ВМК. Только у двое

женщины (3,8%) имело место опсоменорея (редкие менструации). Жалобы на болезненные менструации предъявили 69,2% женщин. На дисфункциональное маточное кровотечения в репродуктивном возрасте указывали двое женщин, что составило 7,7%.

Повышение объема менструального кровотечения считается закономерной реакцией на введение ВМК. Количество теряемой крови или продолжительность менструального кровотечения увеличивается, его проходится классифицировать как меноррагию, что является наиболее частой причиной ЖДА.

Гематологические показатели женщин с ВМК в динамике ношения исходно у женщин первой группы гематологические показатели были таковыми содержание гемоглобина (98,2г\л), количество эритроцитов ($3,59 \cdot 10^{12}$) и цветной показатель(ЦП)(0,82) были несколько ниже нормативных величин, на фоне некоторого увеличения содержания ретикулоцитов.

К концу 6-го месяца ношения ВМК у данной группы женщин гематологические показатели характеризовались заметным снижением. Содержание гемоглобина достоверно снизилось от исходного показателя. Количество эритроцитов имеют тенденцию к снижению до $3,25 \cdot 10^{12}$. При этом ЦП достоверное снижение гематологических показателей свидетельствует об усугубление ЖДА. Содержание ретикулоцитов имели тенденцию к увеличению, что связано с компенсаторной активизацией костно-мозгового кроветворения.

Такая же тенденция к снижению сохранялась к концу 1-го года ношения ВМК. Гематологические показатели характеризовались заметным снижением. Содержание гемоглобина снизилось в 1,1 раза, ЦП 1,1, количество эритроцитов раза содержание ретикулоцитов возросло в 1,2 раза.

Количество тромбоцитов во всех исследованиях колебался на уровне нормальных значений.

Количество лейкоцитов в динамике имело тенденцию к увеличению, но уровень не превышала норму и держался на уровне верхней границы нормы.

Определено так же содержание сывороточного железа в крови. Показатель сывороточного железа имело тенденцию к понижению в динамике ношения ВМК.

Изучено степень чистоты мазков влагалища, для определения которого взято мазки из трёх точек: уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища. Проведено бактериоскопическое исследование влагалищного секрета.

В момент включения в исследование характеристика влагалищных мазков выглядела такой: 27% женщины имели II степень чистоты, 50% имели III степень а 23% имели IV степень чистоты.

Через 6 месяцев ношения ВМК результат исследования влагалищных мазков показало, что у 42,3% женщин слабо щелочную реакцию и большое количество лейкоцитов, что соответствовало III степени чистоты. А IV степень чистоты имели 57,7% женщин, что показывает ухудшение микробиоценоза влагалища в 2 раза от исходного в динамике ношения ВМК. Женщины, которые имели II степень чистоты, несколько уменьшилось (7,7%), что возможно связано с наличием ВМК, которая способствовала активации условно патогенной флоры.

Как известно, лейкоциты основные маркёры наличия воспалительного процесса в целом и в частности микрофлоры влагалища.

Таблице 1 - Характеристика влагалищного мазка при использовании ВМК (n=52)

Показатель		Исходный (n=52)		ч\з 6 мес. (n=52)		ч\з 12мес. (n=52)	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
Степень чистоты	IIст	14	27	8	15,4	4	7,7
	IIIст	26	50	22	42,3	18	34,6
	IVст	12	23	20	38,5	30	57,7
Лейкоциты	единич	12	23	10	19,2	8	15,4
	Умер	28	54	22	42,3	20	38,4
	Сплощ	12	23	20	38,5	24	46,1
Палочки Деделерейна	Много	16	30,8	12	23	6	11,5
	Умер	24	46	20	38,5	20	38,5
	Единич	12	23	20	38,5	26	50
Флора	Кокки	24	46	30	58	32	61,5
	Спец флора	12	23	18	34,6	26	50

Количество лейкоцитов у женщин с ВМК также увеличивалось в динамике, что отражено в таблице №1

При первичном исследовании влагалищных мазков единичные лейкоциты оказались у 12 женщин, что составило 23%, умеренное количество лейкоцитов выявлено у, 28 женщин(54%), большое

количество лейкоцитов обнаружено у 10 женщин (19%), а через 6 месяцев в динамике исследования большое количество лейкоцитов во влагалищных мазках почти вдвое увеличивалось, то что совпало с увеличением третьей степени чистоты мазка. А женщины с единичными и умеренными количествами лейкоцитов в динамике имели тенденцию к снижению, что соответственно составили 19,2% и 46,1%.

Через 12 месяцев исследования характеристика влагалищных мазков, показывает, что число женщин с умеренными и множественными лейкоцитами возросла, что составило соответственно 38,5% и 46,1%.

Количество палочки Додерлейна, характеризующий нормальную микрофлору влагалища уменьшились. Исследование выявило отрицательную пропорциональность число палочек Додерлейна с количеством лейкоцитов.

Изучая флору влагалищных мазков выявлено, что у 42% женщин имелись единичные и умеренные количество патогенных кокков и специфической флоры, (23%) к которым отнеслись дрожжевые грибки, трихомонады, диплококки и в несколько случаев сочетание этих патогенов в момент включения их в исследование. Эти женщины проконсультированы с дермато венерологом.

Через 6 и 12 месяцев у обследованных женщин, носящих ВМК, в картине влагалищной флоры, преобладало содержание патогенных и специфическихкокков соответственно 58%; 34,6% и 61,5%;50%, что указывает на отрицательное влияние ВМК на микробиоценоз влагалища.

Вывод: Таким образом, динамический контроль за характером влагалищных мазков показало, что ВМК может приводить к нарушениям нормальной генитальной микрофлоры и способствует снижению колонизационной резистентности и соответственно понижению функциональной активности защитных барьеров организма по отношению к условно патогенным микроорганизмам. Наиболее важными характеристиками внутриматочной контрацепции является высокая эффективность, отсутствие системного влияния. Использование ВМК у женщин старшего репродуктивного возраста ограничено тем, что у них высокая частота развития воспалительных заболеваний органов малого таза. Следовательно, ВМК повышает риск развития и усугубления гипохромной анемии. Выраженность ее возрастает по мере удлинения ношения ВМК. Анализ данных исследования показывает, что для снижения побочных эффектов внутриматочной контрацепции к минимуму, надо обеспечить тщательный подбор контингента для данного метода с учетом противопоказаний, квалифицированное консультирование и наблюдение как до, так и после введения контрацептива.

Литература

1. Абдурахманов Ш.В. Значение антенатального наблюдения в снижении материнской и перинатальной смертности \Автореф.дис.канд. Душанбе 2004
2. Володин Н.Н. Показатели смертности и рождаемости в Российской Федерации//Педиатрия. - 2006
3. Дикке Г.Б. Профилактика повторной нежелательной беременности, выбор метода контрацепции Акушерство и гинекология. - М., 2014
4. Иноятова М.А. введение беременности и родов у первородящих женщин позднего репродуктивного возраста\ авт.дисс.канд. 2005
5. Иванова Е. В. и др.Внутриматочная гормональная система: вопросы о приемлемости и безопасности // Акушерство и гинекология. - М., 2011
6. Сивочалова О.В. Риск нарушений репродуктивного здоровья женщин при воздействии вредных факторов //Журнал акушерства и женских болезней. -2005.
7. Садыкова М. Ш. Регулирование фертильности оральными контрацептивами у женщин позднего репродуктивного возраста с хроническим пиелонефритом в анамнезе : научное издание Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2008.

Түйін

С.Р. Адизова, Н.Г. Ашурова, М.М. Жумаева

Абу Али ибн Сино атындағы Бұхара медициналық институты, Бұхара, Өзбекстан Республикасы

ЖОҒАРЫ РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖАТЫРШІЛІК КОНТРАЦЕПЦИЯ ПАЙДАЛАНУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Бұл сипаттау үшін клиникалық көрінісінің аға ұрпақты болу жасындағы зерттеу бағытталған әсерін зерттеу внутриматочных противозачаточных құралдарын клиникалық-зертханалық көрсеткіштері. Зерттеу клиникалық базасында акушерия және гинекология кафедрасының мемлекеттік медицина институтының Bokharan. Барысында зерттеу объектісі 52 аға ұрпақты болу жасындағы пайдаланатын ВМК. Пайдалану ВМК аға репродуктивті жастағы іс-әрекет қабілеті шектеулі, бұл оның жоғары даму

жиілігі кабыну жамбас. Демек, ВМК даму қаупін арттырады және шиеленісуіне гипохромной анемия. Айқын оның ұлғаюы ретінде ұзаруы кию ВМК.

Кілт сөздер: жатыр ішілік контрацепция, қынаптық инсульт, етеккір циклінің бұзылуы, гинекологиялық жай-күйі.

Summary

S.R. Adizova, N.G. Ashurova, Jumaeva M.M.

Bukhara Medical Institute, Bukhara, Republic of Uzbekistan

RESULTS OF USE OF INTRAUTERINE CONTRACEPTION OLDER REPRODUCTIVE AGE WOMEN

It was to describe clinical presentation of women of senior reproductive age a research aim by the study of influence of endometrial contraception on клиничко-лабораторных indexes. Research was conducted in the clinical base of department of obstetrics and gynaecology of the Bokharan state medical institute. A research object were 52 women of senior reproductive age, using ВМК. The uses of ВМК for the women of senior reproductive age restrictedly that for them high-frequency of development of inflammatory diseases of organs of small pelvis. Consequently, ВМК promotes the risk of development and aggravating of гипохромной anaemia. The expressed of her increases as far as lengthening of carrying of ВМК.

Keywords: endometrial contraception, vaginal stroke, menstrual cycle, gynaecological status.

МРНТИ 76.29.48

УДК:618.17 – 008.8: 616.153.1 – 08

Н.Г. Ашурова, Г.Ш. Мавлонова, М.М. Жумаева

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Резюме

В данной статье представлены результаты исследований девушек с ювенильным маточным кровотечением (ЮБ). Материалом стали результаты исследования гонадотропных гормонов у 22 здоровых девушек и 28 с ЮБ, у людей в возрасте 12-16 лет. Результаты показали, что уровень гонадотропных гормонов у девочек с ЮБ был значительно ниже, чем у здоровых девочек. Это диктует необходимость комплексного изучения включения гормонального статуса у девушек с различными нарушениями менструального цикла.

Ключевые слова: гормоны, ювенильное маточное кровотечение, менструальная функция, половые гормоны, репродуктивная система.

Актуальность проблемы: Пубертатный период является завершающим в развитии половых органов и становления менструальной функции. В этот период в гипоталамо-гипофизарной области совершенствуется координация секреции гонадотропных гормонов, но все еще превалирует секреция ФСГ и недостаточно выделяется ЛГ [10]. Функциональное созревание структур переднего гипоталамуса происходит от 10 до 16 лет. Циклический и регулярный характер выделения гонадотропинов устанавливается к 15-16 годам [2,4,8, 13].

Среди нарушений функции репродуктивной системы в период полового созревания одно из наиболее частых форм являются ювенильные маточные кровотечения (ЮМК). Они нередко приводят в последующем к стойким нарушениям менструальной и генеративной функций, гормонально обусловленным заболеваниям.[13]. Частота нозологии в структуре гинекологических заболеваний колеблется от 10-до 37,5%. Однако истинная распространённость ЮМК намного выше, поскольку очень часто состояние скрывается самой девушкой, либо недооценивается её родителями. По данным разных авторов, частота их в возрасте 14 – 16 лет составляет до 43% среди всех видов нарушений менструального цикла. [3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12].

Приведенные данные обследования девочек с ЮМК, так же как и многочисленные данные литературы подтверждают, что при становлении репродуктивной системы ее функция еще не является причиной, и поэтому воздействие любых неблагоприятных факторов, а особенно

инфекционных и хронических заболеваний, может приводить к срывам в функции репродуктивной системы, прежде всего менструальной функции. По данным ряда авторов [1, 11, 12] причины нарушения овуляции многочисленны.

Таблица 1 - Показатели гормонов гипофизарно-яичниковой системы у здоровых девочек и с ЮМК в возрасте 12-16 лет.

Гормоны	Возраст обследуемых									
	12		13		14		15		16	
	Фазы цикла									
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
ЛГ МЕ./л	5,4±0,3	4,9±0,28	5,8±0,4	5,9±0,46	5,2±0,34	7,8±0,64	5,5±0,42	19,0±1,1	5,6±0,37	19,8±1,2
	3,2±0,26	3,4±0,22	3,6±0,19	4,1±0,31	3,8±0,27	5,3±0,39	3,7±0,19	5,6±0,41	4,5±0,33	9,1±0,78
ФСГ МЕ./л	7,2±0,61	5,6±0,47	4,8±0,26	3,8±0,17	3,6±0,22	2,8±0,27	3,6±0,26	3,8±0,2	4,9±0,3	7,3±0,57
	2,8±0,18	2,6±0,16	3,1±0,22	3,4±0,27	2,8±0,2	2,5±0,2	3,0±0,28	2,8±0,19	3,5±0,31	3,8±0,26
Эстрадиол (пмол/л)	189±14,3	310±48,2	318±18	280±21	280±24	365±26	295±24	380±24	389±36	455±34,6
	104±7,8	233±16,3	156±11,4	203±16,2	212±14,8	231±17,6	248±18,4	270±20,4	362±26,4	409±31,6
Пролактин (нмоль/л)	180±28,7	310±37,2	328±26,3	319±22,8	310±27,4	390±21,3	250±26,3	315±27,2	266±19,7	510±46,2
	159±10,4	206±16,3	187±14,3	224±14,6	295±20,3	356±27,4	240±19,6	302±23,7	228±19,3	315±26,3
Прогестерон (нмоль/л)	1,1±0,09	3,9±0,22	1,7±0,08	0,6±0,05	2,0±0,17	18±1,2	2,1±0,19	19,7±1,6	2,0±0,1	15,6±1,2
	0,9±0,06	1,8±0,08	1,2±0,09	0,7±0,095	1,6±0,01	10,2±0,9	1,9±0,09	12,3±1,3	2,0±0,07	13,4±1,6

Примечание: * - P < 0,05; ** - P < 0,01 по сравнению с показателями здоровых девочек.
В числителе показатели здоровых, в знаменателе показатели девочек с ЮМК.

Цель исследования: Целью нашего исследования явилось изучить уровни половых гормонов у здоровых и девочек с ювенильными маточными кровотечениями.

Материалы и методы исследования: Материалом явилось результаты исследования гормонов гипофизарно-яичниковой системы у 22 здоровых девочек и 28 с ЮМК в возрасте 12-16 лет (табл. 1). Для проведения гормональных исследований (лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол, пролактин, прогестерон) мы использовали диагностическую радиоиммунную систему стандартными коммерческими наборами "IMMUNOTECH" (Чехия), предназначенные для исследований их в плазме крови.

Как видно из таблицы 1, показатели ЛГ в крови девочек контрольной группы колеблется довольно широких пределах в зависимости от возраста и от дня менструального цикла. Так, у здоровых девочек в возрасте 12 лет уровень ЛГ в первой половине цикла составляет 5,4±0,3 МЕ./л, который во второй фазе снижается до 4,9±0,28 МЕ./л (P<0,05). У девочек в возрасте 13 лет концентрация этого гормона имеет тенденцию к повышению, однако в зависимости от фазы цикла колеблется незначительно; 5,8±0,4 МЕ./л в первой и 5,9±0,46 МЕ./л во второй фазе менструального цикла (P>0,05). В 14 лет у здоровых девочек содержание ЛГ в I фазе цикла составляет 5,2±0,34 МЕ./л, концентрация которого во II фазе увеличивается до 8,2±0,64 МЕ./л (P<0,05). У девочек в возрасте 15 лет концентрация ЛГ в I фазе цикла составляет 5,5±0,42 МЕ./л, а во II фазе его уровень увеличивается почти в 5 раз, составляя 19,0±1,1 МЕ./л (P<0,001). Такая же динамика наблюдается у девочек в возрасте 16 лет: соотв. 5,6±0,37 и 19,8±1,2 МЕ./л (P<0,001).

Показатели ЛГ у девочек с ЮМК достоверно снижены по сравнению с аналогичными данными здоровых (P<0,05-0,01). Но при этом закономерность колебания этого гормона в зависимости от фазы цикла в целом сохраняется. Так, у девочек в возрасте 12 лет концентрация ЛГ в первой фазе цикла

составляет $3,2 \pm 0,26$ МЕ/л, во второй – $3,4 \pm 0,2$ МЕ/л ($P > 0,05$). Однако, у девочек в возрасте 13 лет уровень этого гормона начинает возрастать: $3,6 \pm 0,19$ МЕ/л в I и $4,1 \pm 0,31$ МЕ/л ($P < 0,05$). Такая же динамика отмечается у девочек в возрасте 14, 15 и 16 лет: $3,8 \pm 0,27$ в I и $5,3 \pm 0,39$ МЕ/л $\pm 0,42$ МЕ/л, во II фазе цикла у девочек в возрасте 14 лет, $3,7 \pm 0,19$ и $5,6 \pm 0,41$ МЕ/л – 15 лет, $4,5 \pm 0,33$ и $9,1 \pm 0,78$ МЕ/л – 16 лет ($P < 0,05-0,001$).

Значительный интерес представляет показатели ФСГ у здоровых девочек. Уровень ФСГ у девочек в возрасте 12 лет ровняется к: $7,2 \pm 0,61$ МЕ./л в I фазе и $5,6 \pm 0,47$ МЕ/л во II фазе цикла ($P < 0,05$). Далее, в возрасте 13, 14 и 15 лет концентрация этого гормона остаётся заниженным: $3,8 \pm 0,26$ МЕ./л в I и $2,8 \pm 0,17$ МЕ./л во II фазе цикла у девочек в возрасте 13 лет, $3,6 \pm 0,22$ и $3,4 \pm 0,27$ МЕ./л соотв. - 14 лет, $3,6 \pm 0,25$ и $3,8 \pm 0,2$ МЕ./л соотв. - 15 лет ($P > 0,05$). Однако, уровень ФСГ у девочек в возрасте 16 лет заметно повышается ($4,9 \pm 0,3$ МЕ/л в I фазе цикла), который был более выражен во II фазе менструального цикла ($P < 0,01$).

Уровень ФСГ достоверно снижено во всех возрастных группах среди девочек с ЮМК. Так, у девочек в возрасте 12 лет в первой фазе цикла составляет $2,8 \pm 0,18$ МЕ/л, во второй $2,6 \pm 0,16$ МЕ/л. У девочек в возрасте 13 лет концентрация этого гормона несколько повышается: $3,1 \pm 0,2$ МЕ/л в I и $3,4 \pm 0,27$ МЕ/л во II фазе менструального цикла ($P < 0,05$). Однако, у девочек в возрасте 14 и 15 лет уровень ФСГ не имеет тенденцию к повышению: соотв. $2,8 \pm 0,2$ и $2,5 \pm 0,2$ МЕ/л у девочек в возрасте 14 лет, соотв. $3,0 \pm 0,28$ и $2,8 \pm 0,19$ МЕ/л, - 15 лет ($P > 0,05$). У девочек в возрасте 16 лет уровень ФСГ повышается заметно: $3,5 \pm 0,31$ МЕ/л в первой и $3,8 \pm 0,26$ МЕ/л во второй фазе менструального цикла.

Концентрация эстрадиола в крови у обследуемых девочек в среднем колеблется от 280 до 600 пмол/л ($P < 0,001$).

При этом, нами обнаружены закономерные колебания в зависимости от возраста девочек и фазы менструального цикла. Так, у девочек в возрасте 12 лет содержание эстрадиола в I фазе цикла составляет $189 \pm 14,3$ пмол/л, во II фазе его уровень увеличивается более чем в три раза ($600 \pm 48,2$ пмол/л). Данное положение свидетельствует об отсутствии овуляции у подавляющего большинства этих девочек, подтверждением которого послужила высокая отрицательная корреляционная взаимосвязь атрезии фолликулы с уровнем эстрадиола в крови во II половине менструального цикла ($r = -0,74$). У девочек в возрасте 13 лет, уровень эстрадиола остается почти одинаковым как в I (290 ± 18 пмол/л), так и во II (280 ± 21 пмол/л) фазе менструального цикла ($P > 0,05$). У девочек в возрасте 14, 15 и 16 лет наблюдается относительно заниженный уровень эстрадиола во II половине цикла, по сравнению с I фазой цикла: 308 ± 24 пмол/л в первой и 296 ± 26 пмол/л во второй фазе цикла у девочек в возрасте 14 лет, 295 ± 24 пмол/л в I и 280 ± 24 пмол/л соотв. - 15 лет и 489 ± 36 пмол/л и $455 \pm 34,6$ пмол/л соотв. - 16 лет. Следовательно, относительно заниженный уровень эстрадиола во II фазе менструального цикла в крови девочек в возрасте 14, 15 и 16 лет свидетельствует о наличии овуляторного менструального цикла, где отмечен отрицательный корреляционный связь снижения эстрадиола во II фазе цикла с овуляцией у этого контингента девочек ($r = -0,68$).

Наличие теории эстрогенной недостаточности у девочек с ЮМК нашла своего подтверждения и в наших исследованиях, где концентрация эстрадиола были достоверно снижены, по сравнению с аналогичными данными здоровых, не зависимо от возраста девочек. Так, уровень эстрадиола у девочек с ЮМК в возрасте 12 лет составляет $104 \pm 7,8$ пмол/л в первой и $233 \pm 16,3$ пмол/л во второй фазе менструального цикла ($P < 0,01$). Такая закономерность сохраняется и у девочек с ЮМК в возрасте 13, 14, 15 и 16 лет: соотв. $156 \pm 11,4$ и $203 \pm 16,2$ пмол/л у девочек в возрасте 13 лет, соотв. $212 \pm 14,8$ и $231 \pm 17,6$ пмол/л – 14 лет, соотв. $48 \pm 18,4$ и $270 \pm 20,4$ пмол/л – 15 лет, $362 \pm 26,4$ и $409 \pm 31,6$ пмол/л – 16 лет ($P < 0,05-0,001$).

Содержание прогестерона у девочек в возрасте 12-13 лет относительно занижено по сравнению с другими возрастными группами девочек. Так, у девочек в возрасте 12 лет концентрация прогестерона в крови составляет $1,1 \pm 0,09$ нмоль/л в I и $3,9 \pm 0,22$ во II фазе цикла. У девочек в возрасте 13 лет соотв. $1,7 \pm 0,08$ нмоль/л и $0,6 \pm 0,05$ нмоль/л ($P < 0,01$). Однако, с 14 лет уровень прогестерона начинает возрастать, а именно во II фазе цикла ($18 \pm 1,2$ нмоль/л). Также в возрасте 15 и 16 лет концентрация прогестерона во II фазе цикла увеличивается почти в 10 раз по сравнению с I фазой цикла: $2,1 \pm 0,19$ нмоль/л в I и $19,7 \pm 1,6$ нмоль/л во II фазе цикла в возрасте 15 лет ($P < 0,001$), соотв. $2,0 \pm 0,1$ нмоль/л и $15,6 \pm 1,2$ нмоль/л в возрасте 16 лет ($P < 0,001$). С ЮМК в возрасте 12 лет концентрация прогестерона составляет $0,9 \pm 0,06$ нмоль/л в первой и $1,8 \pm 0,8$ нмоль/л во второй фазе цикла ($P < 0,01$). Далее, у девочек в возрасте 13 лет дефицит прогестерона сохраняется: $1,2 \pm 0,09$ в I и $0,7 \pm 0,09$ нмоль/л во II фазе цикла ($P < 0,05$). У девочек с ЮМК в возрасте 14, 15 и 16 лет содержание прогестерона заметно повышается, особенно во второй фазе менструального цикла, однако остается достоверно заниженным по сравнению с аналогичными показателями здоровых. $1,6 \pm 0,01$ нмоль/л в первой и $10,2 \pm 0,9$ нмоль/л во второй фазе цикла у девочек в возрасте 14 лет, соотв. $2,1 \pm 0,2$ и $19,7 \pm 1,6$ нмоль/л – 15 лет, соотв. $2,0 \pm 0,1$ и $15,6 \pm 1,2$ нмоль/л – 16 лет ($P < 0,05-0,01$).

Показатели прогестерона достоверно снижены у девочек с ЮМК не зависимо от возраста. Однако, закономерность колебания этого гормона в зависимости от фазы менструального цикла не меняется. Так, у девочек

Уровень пролактина отличается заниженностью в I фазе цикла не зависимо от возрастной структуры девочек ($P < 0,05 - 0,001$). Так, у девочек в возрасте 12 лет содержание пролактина в крови составляет: $180 \pm 28,7$ мМЕ/л в I и $310 \pm 37,2$ мМЕ/л во II фазе цикла. Показатели этого гормона у девочек в возрасте 13 лет выглядят одинаково, составляя $318 \pm 26,3$ и $319 \pm 22,8$ мМЕ/л соотв. ($P > 0,05$). Далее, у девочек в возрасте 14, 15 и 16 лет наблюдается увеличение пролактина именно во II фазе цикла: $306 \pm 27,4$ мМЕ/л во II фазе цикла у девочек в возрасте 14 лет, $250 \pm 26,3$ и $315 \pm 27,2$ мМЕ/л соотв. – 15 лет, $266 \pm 19,7$ и $410 \pm 46,2$ мМЕ/л – 16 лет ($P < 0,05 - 0,002$).

Девочек с ЮМК уровень пролактина несколько занижено по сравнению с аналогичными показателями здоровых. При этом, общая закономерность в зависимости от фазы цикла сохраняется. У девочек в возрасте 12 лет содержание пролактина в крови составляет: $159 \pm 10,4$ мМЕ/л в I и $206 \pm 16,3$ мМЕ/л во II фазе менструального цикла, $187 \pm 14,3$ и $224 \pm 14,6$ мМЕ/л – 14 лет, $240 \pm 19,6$ и $302 \pm 23,7$ мМЕ/л соотв. – 15 лет и $228 \pm 19,3$ и $315 \pm 26,3$ мМЕ/л – 16 лет ($P < 0,05$).

Выводы: Таким образом, у здоровых девочек показатели гормонов ЛГ, ФСГ, эстрадиол, прогестерон и пролактина колеблется значительно как с позиции возраста, так и с позиции фазы менструального цикла.

Относительная недостаточность концентрации гормонов ЛГ, ФСГ и эстрадиола у девочек в возрасте 12-13 лет, особенно в I фазе цикла свидетельствует об ановуляторном менструальном цикле у этого контингента девочек. Напротив, содержание этих гормонов значительно повышается у девочек более старшего возраста, а наступление овуляции способствует к 4-10 кратному увеличению прогестерона именно во II фазе цикла.

У девочек с ЮМК несмотря на некоторый сохранность общего соотношения пропорции в зависимости от фазы менструального цикла, уровень гормонов ЛГ, ФСГ, эстрадиол, прогестерон и пролактина характеризуется достоверным снижением по сравнению с аналогичными показателями здоровых девочек, что диктует необходимость проведения комплексного исследования в включением гормонального статуса у девушек с различными нарушениями менструальной функции.

Литература

1. Аюпова Ф. М. Состояние репродуктивного здоровья девушек в Узбекистане. Дис... Доктора Мед. Наук. Ташкент. - 2007. - 42с
2. Акунц К.Б., Р.Г. Саркисян, Г.С. Авакян. Состояния некоторых звеньев нейроэндокринной взаимосвязи при ювенильных маточных кровотечениях. Проблемы эндокринологии. Москва. 1990. С40-43.
3. Базима, Б.А. Цветовые предпочтения подростков /Б.А. Базима// Журнал неврологии и психологии им. С.С. Корсакова. – М., 1997. – Т.10. - №1. – С 24-28.
4. Бажин Е.Ф. Цветовой тест отношений: Метод рекомендации/Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд.-Л.: -1985. – 19 с.
5. Белова И. Б. Особенности менструального цикла у девушек, обучающихся без отрыва от производства. Охрана здоровья детей и подростков. 1975; № 5; 47С.
6. Бохман Я.В., Прянишникова В.А. и Чепик О.Ф. Комплексное лечение при гиперпластических процессах и раке эндометрия, М., 1979;
7. Белова И. Б. Особенности функции яичников и надпочечников при нарушениях менструальной функции у девочек. Журнал. Охрана здоровья детей и подростков. 1975; № 5; 47С
8. Заяц Л. Д. Основные формы ювенильных кровотечений. Их этиология, клиника, патогенез и терапия. Автореф. Дис... док. Мед. Наук. М. 1975; 3-4С
9. Муслимова А. Р. Гинекологическая заболеваемость девочек и девушек-подростков в современных условиях: Автореф. Дис... канд. Мед. Наук. М. 2004; 24С.
10. Мешкова И. П., Григорян О. Р., Зилов В. А., Щербачева Л. Н., Анциферов М. Б., Дедов И. И. Роль аутоантител к ткани яичников и надпочечников в патогенезе нарушений менструального цикла у девушек, больных сахарным диабетом 1 типа // Проблемы репродукции.— 2000.— № 5
11. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. Москва 2003. С-69.
12. Крупко-Большова Ю. А., Т.В. Травяник, В.Ф. Петербургская, И.Б. Вовк, В.А. Комарова. Функциональное состояние гипофиза и яичников при дисфункциональных маточных кровотечениях у девушек. Охрана здоровья детей и подростков. 1980. №11. С53-56.
13. Коколина В. Ф., М. Ю. Митин. Состояния здоровья девочек и девушек – подростков в современных условиях: Журнал: Российский вестник Акушера – гинеколога, № 3, 2005; 19С..
14. Крупко-Большова Ю. А., В.Ф. Петербургская, Л.Н. Новик, Л.Г. Шахлина. Дифференциальная диагностика и лечение гипоменструального синдрома и аменореи к девушкам. Жур. Охрана здоровья детей и подростков. 1985. Вып.16. С110-113.

Түйін

Н.Г. Ашурова, И.И. Тошева, М.М. Рахматуллаева

Абу Али бин Сино атындағы Бухара мемлекеттік медицина институты, Бухара, Өзбекстан

ЮВЕНИЛЬДІК ЖАТЫРЛЫҚ ҚАН КЕТУДЕГІ ЖӘНЕ ДЕНІ САУ ҚЫЗДАРДАҒЫ ГОРМАНАЛЬДЫҚ ФУНКЦИЯНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

Бұл мақалада кәмелетке толмаған жасөспірім қыздардағы аналық қанмен (JUB) толықтыруларының зерттеу нәтижелері келтірілген. Материал 22 жастағы қыздарда гонадотропты гормондарды зерттеу және 12-16 жас аралығындағы жасөспірім қыздар қанының ЖББ-мен 28 нәтиже алынып тексерілді. Нәтижелері JUB бар қыздардағы гонадотропты гормондардың деңгейі сау қыздарға қарағанда айтарлықтай төмен екенін көрсетті. Зерттеу нәтижесі бойынша әр түрлі етеккір бұзылыстары бар қыздарда гормоналды статустарды ң ауытқулары бар екендігі анықталып, оларды жан-жақты зерттеу қажеттілігі туындайды.

Кілт сөздер: гормондар, кәмелетке толмаған қан, етеккір қызметі, гонадотропты, етеккір.

Summary

N. Ashurova, G. Mavlonova, M. Jumayeva

Bukhara state medical institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF HORMONAL FUNCTION IN HEALTHY GIRLS AND GIRLS WITH JUVENILE UTERINE BLEEDING

In this article (JUB) of additions, to results of inspection of minors the teenager it pestichny gonadotropny hormones zhbb and 28 results of a research and 12-16 teenager of the girl material of blood are checked by blood At girls at the age of the 22nd age. Results showed that the level of hormones is significantly lower, than healthy than girls with JUB gonadotropny it. At girls from a research, that there is a need of a comprehensive investigation, decide also their various on gormonalda on deviations ң the status periods of children with.

The dictates the need for a comprehensive study of the inclusion of the hormonal status in girls with various menstrual disorders.

Keywords: hormones, juvenile uterine bleeding, menstrual function, sex hormones, reproductive system.

МРНТИ 616-005.2

ОӘЖ: 616.12-008.331.1

К.С. Казбекова, А.Б.Токбергенова

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

МИ ҚАНАЙНАЛЫМ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ НЕГІЗГІ СЕБЕБІ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Түйін

Қалалық емханада жедел ми қанайналым бұзылысын өткерген АГ бойынша диспансерлік есепте тұратын науқастарға сараптама жүргізілді. АГ мен диспансерлік есепте тұратын 3394 науқастың ішінен 373 науқас жедел ми қанайналым бұзылысымен асқынған. Аталған ауыр асқынуларға әкелетін қауіп факторлары анықталды. Авторлар алдын алу шараларын емхана жағдайында аурудың бастапқы сатыларында жүргізіп, мұндай ауыр асқынуларды мейлінше болдырмауға шақырады.

Кілт сөздер: артериалды гипертензия, инсульт, диспансеризация, қауіп факторлары, диагностика

Тақырыптың өзектілігі. Ең көп тараған жүрек қан тамыр ауруларының бірі –Артериалды гипертония (АГ) ауруы. Бұл патологиямен Қазақстан Республикасының 40% ересек тұрғындары зардап шегеді. АГ-ның таралуы жасқа байланысты ұлғайып, кәрілік жаста және егде жастағы науқастарда жиілігі 60%-ды құрайды. Жас ерекшелігіне байланысты, кәрі және егде жастағыларда оның жиілігі 80%-ды құрайды. Қазіргі заманғы медицина жетістіктеріне қарамастан жүрек-тамыр аурулары ҚР - да ең негізгі өлім себебі болып отыр [1]. Артериалды гипертония салдарынан дамиды жүрек –тамыр ауруларының инсульт, миокард инфаркты және жүрек жетіспеушілігі сияқты асқынулары бүгінгі таңда әлемдегі көптеген елдердің, денсаулық сақтау ұйымдарының маңызды мәселесіне айналып отыр, соған қарамастан, емдеу мен қан қысымын адекватты қадағалау жеткіліксіз болып отыр [2]. Бұл деректер

үлкен аландаушылық туғызуда, өйткені артериялық қан қысымын төмендетудің маңызы зор, ол миокард инфарктының қаупін 20-25%-ға, жүрек жетіспеушілігін 50%-ға және инсультты 35-40%-ға төмендететіндігі практикалық тұрғыдан дәлелденген [3].

Кесте 1 - АГ мен диспансерлік есептегі науқастардың жас санаты

№	Жынысы/жасы	30-39	40-49	50-59	60-69	70 және одан жоғары
1	Ерлер	101	387	585	641	324
2	Әйелдер	13	118	391	582	352

Ми қан айналымының бұзылысы әлемнің көптеген елдерінде сонымен қатар ҚР да өлім мен мүгедектіктің басты себебі. Каз.информ халықаралық ақпараттық агенттігінің соңғы жарияланған мәліметтері бойынша, жыл сайын Қазақстанда 49000 инсульт, инсульт салдарынан мүгедектікке шалдыққан науқастар саны 275000, оның ішінде 80%-ы өмір бойы мүгедек болып қалуда және 15500 науқас инсульттан қайтыс болуда. Жедел ми-қанайналым бұзылыстарымен қатар цереброваскулярлы патологиялардың созылмалы формалары да кең тараған. Созылмалы церебралды ишемия созылмалы ми қан тамырлық жетіспеушіліктің немесе жедел ми қан айналым бұзылыстарының қайталамалы эпизодтарымен негізделетін неврологиялық, нейропсихологиялық және психикалық бұзылыстармен сипатталатын прогрессивті мультифокальды немесе диффузды мидың зақымдану синдромы болып табылады. Мидың созылмалы ишемиясының пайда болуы когнитивтік қызметтің бұзылуына, науқастарда бейімделу бұзылыстарына және ерте мүгедектікке әкеледі, аталған жайттар мәселенің медициналық және әлеуметтік маңыздылығын анықтайды [4].

Кесте 2 - Жедел ми-қанайналым бұзылыстарымен диспансерлік есептегі науқастардың санаты

№	Жынысы/жасы	30-39	40-49	50-59	60-69	70 және одан жоғары
1	Ерлер	5	22	58	76	95
2	Әйелдер	2	7	9	14	17

Зерттеудің мақсаты: Артериялық Гипертензиямен диспансерлік есепте тұратын науқастар ішінде жедел ми қан айналымы бұзылысын басынан өткерген науқастарды сараптау.

Материалдар және әдістер: Артериялық Гипертензиямен диспансерлік есепте тұратын науқастардың диспансерлік бақылау карталарын зерттеуге алынды.

АГ-мен есепте барлығы 3394 науқас тұрады. 1-ші кестеде көрсетілгендей АГ-мен есепте тұратын науқастардың ең көп үлесін еңбекке қабілетті 60-69 және 50-59 жас аралығындағы ерлер алып отыр.

2 кестеде АГ мен 3394 науқастың ішінен 373 науқас ЖМҚБ басынан өткерген, АГ мен диспансерлік есепте тұратын науқастардың 11%-ын құрайды. Басым көпшілігі 70 жас және одан жоғары, екінші орында жас ерекшелігі 60-69 жас, үшінші 50-59 жастағы ер кісілер. Ер кісілер мен әйелдердің ара қатынасы 1:5 қатынаста.

Кесте 3 - Қауіп факторлары

№	Қауіп факторлары	Ерлер	Әйелдер
1	Темекі шегу	150	10
2	Гиподинамия	104	51
3	Гиперлипидемия	130	89
4	Гипергликемия	52	49
5	Алкоголь	101	24
6	Семіздік	53	16

3-кесте: қауіп факторларының басым көпшілігі ер кісілерге тиесілі, бұл өз денсаулығына ат үсті қарау және мүмкін болатын асқынуларды, ару салдарын жетік түсінбеуін дәлелдейді. Алкоголь тұтыну, емдәм сақтамау (гиперлипидемия), қимыл-әрекеттің аздығы, темекі шегу сияқты қауіп факторлар АГ-мен есепте тұратын науқастардың басымдылығынан байқалады. Гипергликемия - түрлі қан-тамырлық сондай-ақ, фатальды қан-тамырлық өзгерістердің туындауына әкелетін қауіп – қатер факторларының бірі ретінде ерлер мен әйелдерде бірдей жиілікте кездесіп отыр.

Кесте 4 - Жедел ми қанайналым бұзылысынан кейінгі асқынулар

	Жынысы	Дизартрия	Моторлы афазия	Сол жақты, оң жақты гемипарез	Когнитивті – мнестикалық функция төмендеуі синдромы	Вестибуло-атасиялық синдром	Астено – депрессивті синдром
1	Ерлер	8	9	7	27	23	21
2	Әйелдер	3	2	3	4	7	8

4-кестеде көрсетілген науқастар санаты қан тамырлық асқынулардың ауыр салдары анықталды, бұл өз кезегінде науқастардың реабилитациясында медициналық, әлуметтік қызметкерлердің және де туған-туыстарының өте ұзақ және тынымсыз бірлесе әрекет етуін талап етеді. Біздің зерттеу жұмыстарымыздың мақсаты, АГ – ның салдары қаншалықты ауыр асқынуларға әкеліп, психологиялық, экономикалық, фикалық күшті талап ететіндігін көрсету.

Жұмыс нәтижелері және талдаулар: Халықаралық тәжірибе көрсеткендей, халықтың жүрек - қан тамыр ауруларынан болатын өлім-жітімді төмендету, координациялық іс-әрекеттер кешенін іске асыру арқылы қол жеткізуге болады, ол келесі іс-әрекеттерден тұрады:

Жүрек-тамыр ауруларының қауіп факторларын алдын алу шараларын (салауатты –өмір салтын насихаттау), сондай-ақ инсульттің алғашқы белгілерін дер кезінде анықтап, алғашқы көмек-көрсету принциптері туралы халықты ақпараттандыруды мемлекеттік деңгейде күшейту.

Тиімді алдын-алу іс-әрекеттер программаларын енгізу.

Медициналық көмек көрсету жүйесін жетілдіру (ерте диагностика, тиімді емдеу, екіншілік алдын-алу шаралары және диагностика). [5,6]

Негізгі қауіп факторларымен папуляциялық стратегиялық бағытта күрес жүргізу инсульттың біріншілік алдын алу шараларын ұйымдастыру анағұрлым әсерлі және экономикалық тиімді болып табылады. АГ-ның бір ғана қауіп факторын түзетудің өзі геморрагиялық инсультты 60%-ға, ишемиялық инсультты 30-40%-ға төмендетуге мүмкіндік береді. Жекеленген екіншілік алдын-алу шаралары инсульттың қайталануын 26-32%-ға төмендетеді [7,8,9].

Қорытынды: Жоғарыда аталған жайыттарды қорытындылай келе, жүрек-тамыр ауруларының алдын-алу, миокард инфаркті және инсульт салдарынан мүгедектік пен өлім көрсеткішін республика деңгейінде өңдеп, іске асыру аурушандық, мүгедектік және өлім көрсеткіштерін төмендетіп, науқастардың өмір сүру сапасын, қоғамның экономикалық жағдайын жақсартуға мүмкіндік береді.

Әдебиеттер

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики. Проф.мед. 2009; 12:3-7.
2. Алифирова В.М., Антухова О.М. Заболевания сердца и инсульт. Сиб. мед. журн. 2009; 3:46-49.
3. Суслина З.А., Пирадов М.А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. М: МЕДпресс-информ 2008; 288.
4. Камчатнов П.Р. Артериальная гипертензия-причина хронических цереброваскулярных расстройств. Доктор.Ру. 2008;4(41):6-10.
5. Путилина М.В. Роль артериальной гипертензии в развитии хронического нарушения мозгового кровообращения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2014;114(9):124-128.
6. Путилина М.В. Коморбидность у пациентов пожилого возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2016;5(1):106-112.
7. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Системные гипертензии 2010;3:5-26.
8. Dolan E.A., Stanton A.V.B., Parker K.H. et al. on behalf of the ASCOT Investigators. Ambulatory blood pressure monitoring predicts cardiovascular events in treated hypertensive patients- ASCOT substudy. J Hypertension 2009;27:876-885.
9. Poulter N.R., Sever P.S., Dahlof B., Wedel H. ASCOT sub-studies. In: Anglo-Skandinavian Cardiac Outcomes trail. Latest perspectives on this landmark trial. 3d. Sherborne Gibbs Ltd 2011:35-45.

Резюме

Казбекова К.С., Токбергенова А.Б.

МКТУ им.Х.А.Ясави, г.Шымкент, Республика Казахстан

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В городской поликлинике по картам диспансерного наблюдения проведен анализ больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения состоящих на диспансерном учете по поводу АГ. Из 3394 больных состоящих на диспансерном учете по поводу АГ, у 373 течение осложнилось ОНМК. Выявлены основные факторы риска, приведшие к таким серьезным осложнениям. Авторы призывают не доводить больных до такого состояния а начинать профилактику на более раннем этапе в условиях ПМСП.

Ключевые слова: артериальная гипертония, инсульт, диспансеризация, факторы риска, диагностика.

Abstract:

K. S. Kazbekova, A.B.Tokbergenova

The international Kazakh-Turkish university of H.A.Yasavi

ARTERIAL HYPERTENSION AS THE MAIN CAUSE OF VASCULAR DISORDERS OF THE BRAIN

In a municipal polyclinic on the maps of clinical supervision the analysis of patients is conducted carrying sharp violation of cerebral circulation of blood being in a clinical account concerning arterial hypertension. From 3394 patients of being in a диспансерном account concerning arterial hypertension, at 373 a flow was complicated acute violation of cerebral circulation. Basic risk factors resulting in such serious complications are educed. Authors call not to take patients to such state and to begin a prophylaxis on more early stage in the conditions of PMSP.

Keywords: arterial hypertension, stroke, medical examination, risk factors, diagnostics.

МНРТИ 76.03.43

УДК: 616.315-007-0.89.844-053.2

Курбанова С.Ю., Шомуратова Р.К., Кулдашев А. А.

Ташкентский государственный стоматологический институт (ТГСИ), Ташкент, Республика Узбекистан

РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЛУЧЕННОГО МАТЕРИАЛА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОГО И НЕТРАДИЦИОННОГО УХОДА ЗА РАННОЙ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ

Резюме

Одной из наиболее значимых причин осложнений является нагноение раны, приводящее к частичному или полному расхождению швов рубцовое заживление послеоперационной раны способствует, в свою очередь небо-глоточной недостаточности. Образование послеоперационных дефектов многие авторы связывают с погрешностями в оперативной тактике и несовершенством методик оперативного лечения, проведениям первичной уранопластики без учета состояния резистентности организма ребенка.

Результаты микробиологических и иммунологических исследований показало, что при применении пробиотиков Vastolog и Florbiolakt после уранопластики нормализуются микрофлоры полости рта, что создает благоприятные условия для заживления послеоперационной раны.

Ключевые слова: уранопластика, врожденный дефект неба, стоматология, микробиология, микрофлора.

Актуальность проблемы: Одной из наиболее значимых причин осложнений является нагноение раны, приводящее к частичному или полному расхождению швов рубцовое заживление послеоперационной раны способствует, в свою очередь небо-глоточной недостаточности. [1,4,5,6,8,]. Образование послеоперационных дефектов многие авторы связывают с погрешностями в оперативной тактике и несовершенством методик оперативного лечения, проведениям первичной уранопластики без учета состояния резистентности организма ребенка. Важную роль играет обеспечение эффективного

ухода за раной полости рта после операции. Врожденный дефект неба влечет за собой нарушение ряда функций и систем организма: так, острая респираторная вирусная инфекция встречается у 61% таких больных, рецидивирующий хронический бронхит, ревматизм, анемия, гиповитаминоз и другие заболевания у – 76,1% это значительно ухудшает результаты хирургического лечения расщелины неба.

Результаты уранопластики в значительной степени зависят от функционально-метаболической активности тканей ротовой полости. Микробиоценоз полости рта является важнейшим показателем функционально-метаболической активности тканей ротовой полости. [1,7].

Цель исследования: Обосновать эффективность применения пробиотиков у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после уранопластики для профилактики и комплексном лечении послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования: обследовано 3 групп детей после уранопластики с применением традиционного послеоперационного ухода за раной (п-20) и традиционного послеоперационного ухода за раной с применением пробиотиков Бактодор (п-20) и Флорбиолакт (п-20) в виде орошение и принимать внутрь до и после операции.

Результаты: современный этап развития стоматологии характеризуется внедрением новых эффективных мер профилактики и диагностики, что стало возможным благодаря открытиям, сделанным при изучении механизмов формирования патологических состояний. В значительной мере это обусловлено интенсивным развитием медициной микробиологии, молекулярной биологии и генетики.

Полученные данные при этих исследованиях приведены в табл. №1. Из таблицы видно, что в норме у здоровых детей флора полости рта довольно разнообразна. При этом в анаэробной группе микробов преобладают лактобактерии их количество составляет $\lg /4.85 \pm 0.4/$ КОЕ/ мл. В факультативной группе преобладающее количество принадлежит стрептококкам, при этом ведущее положение занимают *Str.salivarius*. Группа грамотрицательных микробов таких как эшерихий, протей и клебсиеллы высеваются в незначительных количествах.

Наряду с этими исследованиями нами также проведены количественные и качественные исследования флоры ротовой жидкости у детей больных врожденной расщелиной губы и неба до операции. Полученные данные при этих исследованиях представлены в табл. №2. Как видно из таблицы в микроэкологии полости рта у больных детей до операции, наблюдается синдром повышенного роста микробов. Так, в анаэробной группе микробов, отмечается их достоверной снижение, особенно это выражено у лактобактерии. В то же время в факультативной группе микробов происходит существенные сдвиги во флоре полости рта у этих детей в сторону возрастания. При этом особенно настораживает рост патогенных стафилококков, так как именно это культура обладает большим набором ферментов патогенности которые видимо и будет определять мониторинг состояния полости рта.

Таблица 1 - Характеристика флоры ротовой жидкости у детей больных врожденной расщелиной губы и неба $\lg /M \pm m/$ КОЕ/мл

№	Группа микробов	Норма	У больных до операции
1.	Общее количество анаэробов	6.10 ± 0.4	$4.15 \pm 0.2^*$
2.	<i>Lactobactillus spp.</i>	5.0 ± 0.3	2.0 ± 0.1
3.	<i>Peptococcus</i>	4.15 ± 0.2	$6.10 \pm 0.3^*$
4.	Общее количество аэробов	5.65 ± 0.3	7.30 ± 0.4
5.	<i>S.aureus</i>	0	1.60 ± 0.1
6.	<i>S.epidermidis</i>	4.10 ± 0.2	5.30 ± 0.3
7.	<i>S.salivarius</i>	4.85 ± 0.3	2.10 ± 0.1
8.	<i>S. mutans</i>	2.30 ± 0.1	3.45 ± 0.2
9.	<i>S.mitis</i>	2.60 ± 0.1	$4.30 \pm 0.2^*$
10.	<i>E.coli</i>	1.10 ± 0.1	2.30 ± 0.1
11.	<i>Proteus</i>	1.60 ± 0.1	$3.45 \pm 0.2^*$
12.	<i>Klebsiella</i>	1.0 ± 0.1	2.15 ± 0.2
13.	<i>Candida</i>	1.10 ± 0.1	$3.10 \pm 0.2^*$
14.	<i>Actinomyces</i>	1.30 ± 0.1	2.45 ± 0.1

Примечание * - достоверность данных к группе контроля (*-P<0,05)

Наряду с этими микробиологическими исследованиями, нами проведено изучение у одних и тех же больных детей состояние фактора пораженного участка. Полученные данных этих исследований проведены в таблица №2, из которой видно, что здесь флора также разнообразна и высеваются как

грамположительная, так и грамотрицательная флора и грибы рода *Candida*. При этом, как правило, чаще всего высеваются их ассоциации. При анализе частоты высеваемости и встречаемости микробов оказалось *Str.pyogenes* (90%) и самое низкое частоту составили штаммы *Enterobacter* (20%).

Следующую группу наших исследований составили больные дети с врожденной расщелиной губы и неба, которым в условиях стационара проведена целенаправленная терапия.

Для этого больные дети были объединены в 3-х группах:

Первую группу составили 20 больных детей которым проведена традиционная терапия.

Вторую группу составили 20 больных детей, которым кроме традиционной терапии провели специальное лечение путем использования пробиотик *Florbiolact* для орошения полости рта и приема внутрь.

В третью группу вошли 20 больных детей которым, пробиотик *Vactolog* использовали для орошения полости рта для приема внутрь *per os*.

Микробиологические исследования проведенные в первой группе больных которые получали традиционную терапию через 3 суток представлены в табл. №3. Из которой видно, что количественные сдвиги во флоре полости рта не только не улучшились, а наоборот ухудшились, это коснулось как грамположительной, так и грамотрицательной флоры. Эти изменения можно трактовать, как синдром избыточного роста микробов, то есть произошло развитие дисбиоза. По видимому это ухудшение связано с операционным стрессом у больного, а также развитием послеоперационного воспаления полости рта.

У данной группе больных приведена микробиологические исследования через 3 и 7 суток после оперативного вмешательства. Полученные данные при этих исследованиях проведены в таблицах 3. Из таблицы, где представлены данные микробиологических исследования проведенные на 3-сутки после операции. Из которой видно, что проведенная терапия с использованием *Florbiolact* в виде орошения в целом оказала позитивное влияние, но это влияние больше отразилось на грамположительной флоре и почти не коснулись грамотрицательной флоры и грибов.

В то же время у больных которым проведена орошение полости рта пробиотиком *Vactolog* также привело к позитивным сдвигам, хотя эти изменения больше коснулись грамотрицательной флоры и почти не затронули грамположительной флору.

Таблица 3 - Сравнительная характеристика флоры полости рта у детей с врожденной расщелиной губы и неба, до и после операции на 3-сутки

№	Группы микробов	Количество микробов в 1 мл слюны (lg /M±m/КОЕ/мл)				
		Норма	У больных до операции	У больных после операции на 3 сутки		
				Традиц. леч	Спец. леч	Комплекс.леч.
1.	Общее количество анаэробов	6.10 ± 0.4	4.15±0.2*	3.30 ± 0.2	3.60 ± 0.2	5.10 ±0.3**
2.	<i>Lactobactillus spp.</i>	5.0 ± 0.3	2.0 ± 0.1*	1.30 ± 0.1	3.0 ± 0.2	4.0 ± 0.2
3.	<i>Peptococcus</i>	4.15 ± 0.2	6.10 ± 0.3	7.15 ± 0.5	6.15 ± 0.4	6.0 ± 0.4
4.	Общее количество аэробов	5.65 ± 0.3	7.30±0.4*	8.30±0.6*	7.15 ± 0.5	6.15 ± 0.3
5.	<i>S.aureus</i>	0	1.60 ± 0.1	2.60 ± 0.1	3.0 ± 0.2	2.60 ± 0.1
6.	<i>S.epidermidis</i>	4.10 ± 0.2	5.30 ± 0.3	6.10 ± 0.4	5.15 ± 0.3	5.0 ± 0.3
7.	<i>S.salivarius</i>	4.85 ± 0.3	2.10 ± 0.1	3.10 ± 0.2	4.0 ± 0.2	4.30 ± 0.2
8.	<i>S. mutans</i>	2.30 ± 0.1	3.45 ± 0.2	3.0 ± 0.2	3.15 ± 0.2	3.0 ± 0.2
9.	<i>S.mitis</i>	2.60 ± 0.2	4.30±0.2*	5.11±0.3*	4.60 ± 0.2	4.0 ± 0.2
10.	<i>E.coli</i>	1.10 ± 0.1	2.30 ± 0.1	3.0 ±0,1**	2.0 ± 0.1	2.30 ± 0.1*
11.	<i>Proteus</i>	1.60 ± 0.1	3.45 ± 0.2	4.0 ±0.2*	2.60 ± 0.1	2.0 ± 0.1
12.	<i>Klebsiella</i>	1.0 ± 0.1	2.15 ± 0.2	2.30 ± 0.1	1.80 ± 0.1	2.0 ± 0.1 *
13.	<i>Candida</i>	1.10 ± 0.1	3.10 ± 0.2	5.10 ± 0.3	4.0±0.3**	3.11 ± 0.2*
14.	<i>Actinomyces</i>	1.30 ± 0.1	1.60 ± 0.1	3.15 ± 0.2	2.60 ± 0.2	2.0 ± 0.1

Примечание * - достоверность данных к группе контроля (*-P<0,05;** - P<0,01);
Достоверность данных между возрастными группами (*-P<0,05)

Однако, у этих же больных получавших специальное лечение орошением полости рта пробиотиками *Vactolog* и *Florbiolact* только на 7 сутки после операции показали выраженные позитивные сдвиги, хотя следует заметить, мы и здесь видим однотипные сдвиги от использования пробиотиков. Так, *Florbiolact* достоверно улучшил состояние в полости рта грамположительных микробов, тогда как *Vactolog* улучшил

состояние грамотрицательной флоры. У этих же больных т.е.на 3-сутки после операции, которые получали специальное лечение как видно из таблицы произошли позитивные сдвиги во флоре полости рта, по сравнению с больными получавшими традиционное лечение но эти сдвиги фактически недостоверны.

В третьей группе больных получивших после операции, комплексное лечение также на 3 сутки, отмечены позитивные сдвиги во всей флоре полости рта, однако эти сдвиги еще далеки от контрольных показателей.

Во всех трех группах больных с врожденной расщелиной губы и неба которым оказана терапевтическая помощь нами проведены микробиологические исследования на 7-сутки после операции.

Таблица 4 - Сравнительная характеристика флоры полости рта у детей с врожденной расщелиной губы и неба, до и после операции на 7-сутки

№	Группы микробов	Количество микробов в 1 мл слюны (lg /M±m/КОЕ/мл)				
		Норма	У больных до операции	У больных после операции на 7 сутки		
				Традиц. леч	Спец. Леч	Комплекс. леч.
1.	Общее количество анаэробов	6.10 ± 0.4	4.15±0.2*	4.60 ± 0.2	5.10 ± 0.3	5.60±0.4*
2.	Lactobacillus spp.	5.0 ± 0.3	2.0±0.1**	3.11 ± 0.2	4.0 ± 0.2	4.10 ± 0.3
3.	Peptococcus	4.15 ± 0.2	6.10±0.3*	5.80 ± 0.3	5.10 ± 0.3	4.60 ± 0.2
4.	Общее количество аэробов	5.65 ± 0.3	7.30±0.4*	7.10 ± 0.5	6.70±0.4*	6.15 ± 0.5
5.	S.aureus	0	1.60±0.1*	1.20±0.1*	0	0
6.	S.epidermidis	4.10 ± 0.2	5.30 ± 0.3	5.60 ± 0.3	5.10 ± 0.3	4.60 ± 0.2
7.	S.salivarius	4.85 ± 0.3	2.10 ± 0.1	3.0 ± 0.2	4.0 ± 0.2	4.30 ± 0.3
8.	S. mutans	2.30 ± 0.1	3.45 ± 0.2	4.0 ± 0.2	3.30 ± 0.2	3.0 ± 0.2
9.	S.mitis	2.60 ± 0.2	4.30 ± 0.2	3.60 ± 0.3	3.10 ± 0.2	3.0 ± 0.1
10.	E.coli	1.10 ± 0.1	2.30 ± 0.1	2.60 ± 0.2	2.0 ± 0.1	1.60 ± 0.1
11.	Proteus	1.60 ± 0.1	3.45±0.2*	3.10±0.2*	2.60 ± 0.1	2.30 ± 0.1
12.	Klebsiella	1.0 ± 0.1	2.15 ± 0.2	2.30 ± 0.1	2.0 ± 0.1	1.80 ± 0.1
13.	Candida	1.10 ± 0.1	3.10±0.2*	4.15±.3**	3.30±0.2*	2.60 ± 0.1
14.	Actinomyces	1.30 ± 0.1	1.60 ± 0.1	1.85 ± 0.1	2.0 ± 0.1	2.0 ± 0.1

Примечание * - достоверность данных к группе контроля (*-P<0,05;** - P<0,01);

Достоверность данных между возрастными группами (*-P<0,05)

Выводы: Местное и внутрь применение пробиотиков Vactolor и Florbiolakt после уранопластики способствует раннему снижению местных клинических признаков воспаления в ране, тем самым способствует заживлению раны. Исследование мягких тканей неба у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба после операции показало, что при применении пробиотиков Vactolor и Florbiolakt после уранопластики способствует улучшению регенерации в более оптимальные сроки, чем при традиционном послеоперационном уходе.

Литература

1. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана и врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей / Р.А. Амануллаев // Актуальные вопросы комплексного лечения. — М., 2006. —С. 14-15.
2. Савенкова М.С., Гончаков Г.В., Гончакова С.Г., Печникова Ю.В. Выбор антибактериальной терапии в условиях хирургического отделения у детей с врожденной расщелиной губы и неба //Вестник оториноларингологии.-2010.-№3.-С.60-65.
3. ЗЗ.Савенкова М.С., Притыко А.Г., Гончаков Г.В., Гончакова С.Г., Печникова Ю.В., Саидова Г.Б. //Пульмонология и оториноларингология. 2012. № 1. - С.26-31.
4. Супиев Т.К., Мамедов А.А., Негаметзянов Н.Г. и др. Опыт комплексного лечения детей с двусторонней расщелиной губы и неба // Стоматология.-2014.-№ 5.-С.69-74
5. Удалова Н.В. Предоперационное ортопедическое лечение детей грудного возраста с односторонней расщелиной губы и неба с использованием коррекционных кап: Дисс...к.м.н.-М.,2015.
6. Abdurrazzaq TO, Micheal AO, Lanre AW, Olugbenga OM, Akin LL. Surgical outcome and complications following cleft lip and palate repair in a teaching hospital in Nigeria. Afr J Paediatr Surg. 2013 Oct Dec;10(4):345-57. doi: 10.4103/0189
7. Bilinska M, Osmola K. [Cleft lip and palate—risk factors, prenatal diagnosis, and health consequences]. Ginekol Pol. 2015 Nov;86(11):862

8. Franz EP, Weihe S, Eufinger H. [Combined interventions in primary management of patients with lip-jaw-palatal clefts]. Mund Kiefer Gesichtschir. 2001 Sep;5(5):312-9.

Түйін

Курбанова С.Ю., Шомуратова Р.К., Құлдашев А.А.

Ташкент мемлекеттік стоматологиялық институты (ТГСИ), Ташкент, Өзбекстан Республикасы

УРАНОПЛАСТИКАДАН КЕЙІНГІ УАҚЫТТАРДА ДӘСТҮРЛІ ЖӘНЕ ДӘСТҮРЛІ ЕМЕС КҮТІМДІ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ АЛЫНҒАН МАТЕРИАЛДАРДЫҢ МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Көптеген авторлар оперативті тактиканың қателікпен және оперативті емдеу әдістерінің жетілмегендігімен, баланың ағзасына кедергі келтірмей, бастапқы палатопластика жүргізу кезінде операциядан кейінгі ақауларды қалыптастырады. Операциядан кейін ауыз қуысының жарақатымен тиімді күтімді қамтамасыз ету маңызды рөл атқарады. Микробиологиялық және иммунологиялық зерттеулердің нәтижелері уранопластикадан кейін Bactolor және Florbiolakt пробиотиктерін қолданып, операциядан кейінгі жараларды емдеу үшін қолайлы жағдай туғызатын ауызша микрофлораның қалыпқа келтірілгенін көрсетті.

Кілт сөздер: уранопластика, туа біткен тамақ ақаулары, стоматология, микробиология, микрофлора.

Abstract

Kurbanova S.Yu., Shomuratova R.K., Kuldashev A.A.

Tashkent State Dental Institute (TGSI), Tashkent, Uzbekistan

RESULTS OF MICROBIOLOGICAL RESEARCHES OF THE RECEIVED MATERIAL WITH THE APPLICATION OF TRADITIONAL AND NON-TRADITIONAL CARE FOR EARLY AFTER URANOPLASTICS

Many authors connect formation of postoperative defects with errors in operative tactics and imperfection of techniques of operative treatment, to carrying out primary palatoplasty without a condition of resistance of an organism of the child. The important role is played by maintenance of effective care with a wound of an oral cavity after operation. The results of microbiological and immunological studies have shown that with the use of probiotics Bactolor and Florbiolakt after uranoplasty, oral microflora normalize, which creates favorable conditions for the healing of postoperative wounds.

Key words: uranoplasty, congenital palate defect, dentistry, microbiology, microflora.

МРНТИ 76.29.41

УДК 616.718.4-001.5-089.227.84

Худайбергенов А.А.1., Усманов М.А.2., Ирисбеков Б.М.1, Мирзаметов З.С.1., Сагымбеков С.З.1.

Областная клиническая больница, г.Шымкент, РК

Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г.Шымкент, РК.

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ БЛОКИРУЮЩИМ СТЕРЖНЕМ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА.

Резюме

В статье сообщается об изменении структуры и тяжести переломов трубчатых костей. Для совершенствования лечебного процесса переоснащен ортопедический стационар: рентген-системой, навигационными и блокирующими металлоконструкциями, которые позволили улучшить качество операций. Исследователями при оперативном лечении 357 пациентов с переломами длинных костей конечностей применен современный остеосинтез блокирующими интрамедуллярными стержнями «Chm». Исходы лечения показали высокую эффективность и малотравматичность прогрессивной технологии в ортопедии.

Ключевые слова: ортопедия, операция, остеосинтез с блокированием, электронно-оптический рентген, блокирующий стержень «Chm».

Актуальность: За последние десятилетия произошли серьезные изменения в структуре переломов трубчатых костей. Под воздействием высокой кинетической энергии возникли сложные многооскольчатые переломы, сочетанные с повреждением внутренних органов. В связи с этим традиционные методы лечения такие, как скелетное вытяжение, остеосинтезы штифтами, пластинами, лечения гипсовой повязки стали ухудшать исходы травмы. Опыт передовых клиник России показывает перспективность новых технологий интрамедуллярного синтеза с блокированием пораженного сегмента[1,2].

Цель: В отделении ортопедии с 2010 года введены прогрессивные технологии, включающие в себя внутриоперационный электронно-оптический рентген, препозиционные операционные столы, навигационные системы с интрамедуллярным блокирующим стержнем для плечевой, бедренной и большеберцовой кости голени. Усовершенствована анестезия при вышеуказанных переломах в пользу проводниковых.

Материалы и методы: В период с 2010 по 2016 г.г. в отделении ортопедии поступили 374 пациентов с переломами трубчатых костей конечностей. Характеристика перелома осуществлено применением универсальной классификации АО/ASIF, где преобладали переломы типа B1 и C1-2, что требовало изменения технологии лечебного процесса. В 23% случаях переломы сочетались с повреждением других сегментов костей и внутренних органов.

Всего выполнены 357 операций с применением современных технологий при лечении диафизарных и метадиафизарных переломов костей. В предоперационном этапе проводилось исследование рентгенометрией перелома, подбор адекватной длины и толщины блокирующего стержня. Основным имплантатом для оперативного лечения использована конструкция "Chm" Польша. Данная система для интрамедуллярного остеосинтеза включает в себя: имплантат стержень, блокирующие винты, «слепой» и компрессионные винты, а также навигационный инструментарий для установки фиксатора и его удаления после окончания лечения. Операция у 342 пациентов проведена под проводниковой анестезией. Этапы операции состояли из предварительной distraction специальным аппаратом поврежденной конечности с закрытой репозицией места перелома, этап установки проводника и рассверливание костно-мозгового канала эластическим сверлом, имплантация интрамедуллярного стержня с последующим блокированием 4-5 винтами, в основном в сагиттальной плоскости. Из 357 операций – 337 выполнены по стандартной технологии с введением стержня с краниальной части трубчатой кости. При переломе плечевой кости у 20 больных в связи с дистальным метафизарным расположением перелома металлофиксатор установлен ретроградным способом. Особая трудность возникла у 6 пациентов, которые имели застарелые неправильно срастающиеся переломы и «ложные» суставы, где применена открытая репозиция и блокирование интрамедуллярным имплантатом. В этой же группе, одному больному дополнительно произведена операция аутокостной пластинкой. Значительно улучшено лечение пациентов с вертельно-подвертельными переломами бедренной кости, имеющие ряд патологий внутренних органов. В связи с остеопорозом проксимального отдела бедренной кости фиксация перелома указанной локализации проведена имплантатом «PFN - Chm». Основным требованием к проведению синтеза является предварительная репозиция перелома на distractionном аппарате, точное введение двух сагиттальных фиксирующих винтов по центру шейки и головки поврежденной бедренной кости. Конструктивная особенность примененного нами фиксатора позволяло рано начать нагрузку на оперированную ногу.

Результаты и их обсуждение: Внедренная технология значительно уменьшила травматичность операции, общее пребывание в стационаре и позволило избежать дополнительной гипсовой повязки. В послеоперационном периоде начата пассивная активная разработка в оперированном суставе конечности. Полная нагрузка на оперированную конечность разрешалась при переломе плеча через 6 недель, а костей нижней конечности через 8 недель. Ближайшие и отдаленные результаты показали высокую эффективность применяемого метода. Стабильная фиксация поврежденного сегмента конечности с ранней мобилизацией близлежащих суставов позволило избежать их контрактуру и тугоподвижности.

Выводы: Наши наблюдения показывают, что процесс регенерации костной ткани в области перелома кости при интрамедуллярном остеосинтезе блокирующими стержнями проходит одновременно с процессом восстановления биомеханики поврежденной конечности, что в большинстве не требовало длительного курса восстановительного лечения.

Литература

1. Неверов В.А., с соавт. Интрамедуллярный остеосинтез с блокированием. Журнал «Травматология и ортопедия» №2. 2006 г. стр.75
2. Тихилов Р.М., Ласунский С.А. «Интерлокинг» – Золотой стандарт в лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей. - Журнал «Травматология и ортопедия» №2. 2008 г., стр. 95

Түйін

Құдайбергенов А.А., Усманов М.А., Ирисбеков Б.М.1, Мирзаметов З.С., Сагымбеков С.З1.

Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қ., Қазақстан Республика
Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республика

ДОКТОРҒА ОҚЫТУДАҒЫ ТУБУЛАРДЫҢ КЕЗІНДЕГІ ДИАФИЯСЫ КІРІСТЕРДІ ҚОЛДАНУҒА АРНАЛҒАН ИНТРАМЕДУЛЛАРДЫ ОСТЕОСИТЕТТІ.

Бұл мақалада түтікше сүйектердің сынықтарының құрылымына және ауырлығына байланысты өзгерістері көрсетілген. Емнің нәтижесінің жақсартуына ортопедиялық стационар жанартылған: рентген құралдармен, навигациолаушы және тосқауылды темір конструкцияларымен, нәтижесінде операциялардың сапасы көтерілді. Авторлар 357 операция жасалған науқастарға түтіккі сүйектердің сынықтарына қолданылған интрамедуллярлы тосқауылды остеосинтез «Chm» компаниясы. Қашық кеткен емдеудің нәтижелері жоғары болжамды және ортопедияда зақымдалу процессінің төменделуі көрсетілген.

Кілт сөздер: ортопедия, хирургия, остеосинтезді оқшаулау, электронды-оптикалық рентген, «Чм» тосқауылдары.

Summary

Khudaibergenov A.A1., Usmanov M.A2., Irisbekov B.M.1, Mirzametov Z.S1., Sagymbekov S.Z1.

Regional Clinic Hospital
South Kazakhstan Medical Academy

INTRAMEDULLAR OSTEOSYNTHESIS OF BLOCKING ROD DIAPHYSARY FRACTURES OF TUBULAR BONES IN PRACTICE OF A DOCTOR.

The article reports about the changes of the structure and severity of fractures of tubular bones. To improve the therapeutic process orthopedic department was re-equipped by X-ray navigation and blocking metal constructions allow to improve the quality of operations. At the surgical treatment of 357 patients with fractures of the long bones of the limbs Researchers applied modern interlocking intramedullary osteosynthesis rods «Chm». Outcomes showed high efficiency of the advanced techniques in orthopedics.

Key words: orthopedics, surgery, osteosynthesis with blocking, electro-optical X-ray, blocking chimney, «Chm».

МРНТИ 76.29.41
УДК 616-2-072. 1-89

Усманов М. А1., Сахов Н.С.2, Муминов А.Г.2, Полатов А.Н.2, Исаков Ф.П 2.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан
Областная клиническая больница, г.Шымкент, Казахстан

«ОПЫТ АРТРОСКОПИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ»

Резюме

В статье сообщается о результатах применения метода артроскопии в отделении ортопедии Областной клинической больницы г. Шымкента. За период 2015-2017 г.г. произведены 228 операций. Артроскопия дает хорошие результаты в лечении заболеваний и травм коленного сустава. Данная методика дает возможность отказаться от длительной фиксации сустава, ранней активизации больного и

улучшения кровообращения в сегментах, позволяет раннее выздоровление и реабилитацию больного. Сроки нетрудоспособности больных при артроскопии значительно меньше, чем при традиционной артротомии.

Ключевые слова: ортопедия, артроскопия, коленный сустав, активация, малоинвазивная хирургия, реабилитация

Актуальность: Артроскопия—это инвазивный метод визуального обследования структур и содержимого суставной полости, а также воздействие на них с помощью тонких оптических и механических устройств.

Начало освоения эндоскопической техники в ортопедическом отделении ОКБ связано с непосредственным участием профессора АГИУВ Абдуразакова У.А. В мае 2005 года он провел мастер-класс для врачей отделения (были проведены 6 артроскопических операций на коленном суставе с пластикой ПКС). Дальнейшее развитие артроскопия получила под руководством зав. отд. Мусаева С.Ш. В настоящее время операции проводятся ординатором Саховым Н.С.

Цель: По мере совершенствования техники и накопления клинического опыта артроскопия превратилась в активно развивающийся высоко-эффективный метод диагностики и новой малоинвазивной реконструктивной хирургии суставов. С течением времени стало совершенно ясно, что малоинвазивные операции, использующиеся в артроскопической хирургии, намного превосходят технику традиционной хирургии суставов.

В отделении артроскопические операции проводятся в специально оборудованной операционной, где предусмотрены все необходимые мероприятия для обеспечения качественной работы (жалюзи, специальные камеры для обработки и хранения инструментария).

Материал и методы:

За период с 2015 года по июль 2017 года в ОКБ были проведены операции: в 2015 году – 82, в 2016 году – 96 и за 7 месяцев 2017 года 50 операций на коленном и плечевом суставах. Из них:

По поводу разрыва мениска – 80

При деформирующих артрозах –40

При синовитах –30

Разрыв ПКС – 18

Трансхондральный перелом –15

Удаление хондроматозного тела –20

Повторная артроскопическая ревизия –5

Восстановление вращательной манжеты плеча –15

Оперативные доступы стандартные (передний ниже-наружный—для артроскопа, ниже-внутренний – для манипуляторов). При неполных лоскутных и дегенеративных разрывах менисков производилась парциальная менискэктомия с удалением поврежденной части и сохранением неповрежденной. При разрывах по типу «ручки лейки» проводилось неполное отсечение переднего рога мениска, далее отсекался задний рог, мениск удалялся путем тракции с проворачиванием и отрывом непересеченной части переднего рога.

Результаты и их обсуждение:

Срок нетрудоспособности при артроскопии у больных, занимающихся тяжелым физическим трудом, составил 2 недели, легким физическим трудом – 8 суток, у спортсменов – 1 месяц, при миниартротомии – 18 дней. При открытой менискэктомии срок нетрудоспособности составил до 40 дней. Средняя длительность артроскопической менискэктомии – 40 минут, диагностической артроскопии – 20 минут. Все больные на 2 сутки после артроскопии начинали ходить на костылях, приступая на оперированную конечность. Полная нагрузка разрешалась на 4 сутки. При миниартротомном доступе ходьба на костылях была продлена до 7 суток.

Выводы:

1. Лечебно-диагностическая артроскопия—эффективный метод лечения патологии суставов.
2. Применение техники артроскопической менискэктомии является простым и достаточным способом операции.
3. Сроки нетрудоспособности больных при артроскопии значительно меньше, чем при традиционной артротомии.

Литература

1. Травматология. Национальное руководство. Краткое издание: руководство / под ред. Г. П. Котельникова. - М. , ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 528 с.
2. Котельников, Г. П. Остеоартроз: руководство / Г. П. Котельников, Ю. В. Ларцев. - М. , ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 208 с. ил. - (Б-ка врача-специалиста. Травматология и ортопедия. Ревматология).
3. American Academy of Orthopedic Surgeons appropriate use cruciate ligament injuries.

4. Levine JW, Kiapour A.M., Quatman CE, et al. anterior cruciate ligament injury mechanisms. AM J Sports Med 2013;41:385-395.

5. Mather RS 3rd, Koenig L, Kocher MS, et al. Societal and economic impact of anterior cruciate ligament tears. J Bone Joint Surg AM 2013;95-A:1751-1759.

Түйін

Усманов М. А., Сахов Н.С., Муминов А.Г., Полатов А.Н., Исаков Ф.П.
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
Областық клиникалық аурухана Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

«ОБЛЫСТЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ АУРУХАНА, ОРТОПЕДИЯЛЫҚ БӨЛІМШЕСІНДЕ АРТРОСКОПИЯ ТӘЖІРИБЕСІ НЕГІЗДЕРІ

Мақалада Оңтүстік Қазақстан облыстық ауруханада артроскопияны енгізу тәжірибесі көрсетілген. 228 операция жасалған. Артроскопия тізе буынының ауруларын және жарақаттарын емдеуде жақсы нәтиже береді. Зақымдалған буынның ерте қимылдап және гипспен қозғалмайтын жағдайға келтірмегендігі буынның қозғалу көлемінің, буынның қан айналымының сақталуына мүмкіндік туғызады да, науқасты ерте сауықтырып қалпына келтіруге мүмкіндік туғызады.

Түйін сөздер: ортопедия, артроскопия, тізе буыны, белсендіру, азінвазивті хирургия, оңалту

Summary

Usmanov A., Sahov NS, Muminov AG, Polatov AN, Isakov FP
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent city, Republic of Kazakhstan
Oblast Clinical Bullark, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

"BASIC PRACTICE OF ARTHROSCOPY IN THE REGIONAL CLINICAL HOSPITAL, ORTHOPEDIC DEPARTMENT

The article contains the experience of application arthroscopy in the SK regional hospital. 228 operations were held. So as arthroscopy gives good results with the treatment of deseases and the hurts of the knee joint. Earlier activation of traumatized joint and absence of the plaster immobilization allow to keep the volume of actions in the joint and hemodynamic of joint. It allows to begin the earlier recovering rehabilitation of the patient.

The keywords; orthopedics, arthroscopy, knee joint, activation, low-invasive surgery, rehabilitation

МРНТИ 76.75.27
УДК 159.9.072

Ахмедова Н.Д., Пулатов М.Д

Андижанский Государственный Медицинский Институт, Андижан, Республика Узбекистан

СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Резюме

С каждым годом возрастает потребность современного общества в специалистах высокой культуры, обладающих навыками профессионального общения, высокой адаптационной и профессиональной мобильностью. К сожалению, навыками общения врачи овладевают «стихийно», это приходит с годами и приобретенным опытом. Искусство беседы с больным, умение вести с пациентом диалог требует не только желания врача, но и, в определенной степени, таланта. Врач должен уметь не только слушать, но и слышать пациента. Будущим врачам всегда нужно помнить, что ни один врач не сделает хорошей карьеры и не сумеет заслужить доверия и уважения своих коллег и пациентов, если не умеет корректно общаться, не владеет искусством речи.

Ключевые слова: общение, культура, правовые отношения, ятрогения, психология общения.

Актуальность проблемы: Культура речи является основой для развития общей культуры человека, тогда как коммуникативная компетентность формируется в процессе профессиональной подготовки специалиста и представляет собой системное проявление знаний, умений, способностей и личностных качеств, позволяющих успешно решать функциональные задачи в профессиональной деятельности. Совершенствование качества профессиональной подготовки будущих врачей в соответствии с требованиями новых государственных стандартов определяет необходимость формирования у будущих специалистов профессионально-речевой культуры как неотъемлемой части общей и профессиональной культуры личности.

Цель исследования: Развитие коммерческого сектора в здравоохранении и платных медицинских услуг определяет повышение требований пациентов к их сервисности, требует изменения стиля отношений между пациентами и медицинскими работниками. Развитие правовых отношений в здравоохранении, биоэтики, повышение профессиональной ответственности врача требует внимательного отношения к слову. Уровень доверия к профессиональным качествам врача, допускающего ошибки в устной или письменной речи, резко снижается. Повышение миграционных процессов, увеличение доли пациентов, говорящих на разных языках и диалектах, требует от врача умения общаться, налаживать межличностные и межкультурные контакты. Социальное расслоение общества, различный уровень образования, индивидуально-личностные характеристики должны учитываться врачом при его общении с пациентами с целью их более эффективного лечения и во избежание ятрогении, заболевания, которое возникает как реакция на слова или поведение врача.

Материал и методы исследования: С каждым годом возрастает потребность современного общества в специалистах высокой культуры, обладающих навыками профессионального общения, высокой адаптационной и профессиональной мобильностью. К сожалению, навыками общения врачи овладевают «стихийно», это приходит с годами и приобретенным опытом. Горько видеть, если врач пренебрегает беседой с пациентом, становясь слепым заложником лабораторно-инструментальной диагностики или безвольным исполнителем схем лечения, спущенных сверху. Искусство беседы с больным, умение вести с пациентом диалог требует не только желания врача, но и, в определенной степени, таланта. Врач должен уметь не только слушать, но и слышать пациента. За долгие года существования медицины искусство общения врача и пациента по-прежнему сохраняет большую значимость, если не первостепенность. Именно поэтому мы считаем, что обучение профессиональному общению должно пронизывать весь учебный процесс на протяжении всех лет обучения в медицинском ВУЗе. Данный факт объясняется существенностью роли общения в жизнедеятельности людей в целом. Потребность в общении является фундаментальной для человека. Общение выступает неотъемлемым элементом бытия людей, является важнейшим условием полноценного формирования и развития личности [1]. Еще Авиценна, великий врач и мыслитель средневековья, говорил о трех средствах помощи больному человеку - о ноже, траве и слове, тем самым подчеркивая важность человеческого слова, а по сути, - психологии общения в исцелении от недуга [7]. Исследователями предлагаются различные трактовки понятия «общения». В частности, некоторые ученые рассматривают общение как один из видов человеческой деятельности, другие – как фон, на котором разворачивается деятельность, её условие. Встречается характеристика общения как коммуникативного вида деятельности. Многие профессии требуют знания навыков общения для успешной работы; для некоторых эти знания являются второстепенными, а для таких профессий, как психолог и медицинский работник, они являются ключевыми.

Межличностное общение, чаще всего диалоговое, - неперенный компонент профессиональной медицинской деятельности. Оно во многом определяет те отношения, которые с самого начала складываются между врачом и его пациентом, способствуют установлению так необходимых доверительных отношений между ними. Н.И. Пирогов вспоминал, какое неизгладимое впечатление произвел на него облик, авторитет и манера общения выдающегося терапевта Е.О. Мухина.

Хорошо, когда диалог между врачом и больным протекает в рамках искренней и доброжелательной заинтересованности обеих сторон и направлен на достижение общей цели – сохранение здоровья.

Важным психолого-педагогическим аспектом общения является поведение врача. Интеллигентность, чувство такта, умение слушать и направлять ход мысли пациента по нужному руслу – эти и другие качества всегда были присущи лучшей части выдающихся врачей.

Основной целью работы любого врача является лечение больного человека. Долг врача, его обязанность ставить интересы больного, страдающего человека, выше своих личных. Приходя к врачу, больной доверяет ему, делится с ним своими, подчас глубоко интимными, сокровенными мыслями, которые он не доверил бы никому другому, даже самому близкому. Это нужно помнить, понимать и ценить. Большой душевной силой должен обладать врач, чтобы проникнуться чужими переживаниями и чутко откликнуться на них [7].

Результаты и их обсуждение: Правильно, очевидно, говорить, что для формирования врача нужны три составляющие, три компонента: во-первых, врачебные знания, во-вторых, умения, владение многими врачебными приемами, а в-третьих, особый медицинский характер, стиль мышления, общения и поведения, умение вести беседу с больным, что является немаловажным фактором при лечении: врач должен стать лицом, заслуживающим особого доверия, что возможно достичь только при формировании всех трёх компонентов. Общение – это сложный и весьма многоплановый процесс установления и развития контактов и связей между людьми [2,3]. Непреодолимая притягательность общения для человека хорошо выражена в известных высказываниях французского писателя А. де Сент-Экзюпери: «Единственная настоящая роскошь – это роскошь человеческого общения» [5]. Врача нередко и по праву называют педагогом и воспитателем. Ни одна профессия не имеет столько сторон соприкосновения с человеческой судьбой, как медицинская. Очевидно, эту специфику нужно учитывать, а культуру поведения формировать в до - и последипломный период становления врача как специалиста. Мы считаем, что общение будущего медицинского работника – это сложный процесс взаимодействия врача и пациента, который играет очень важную роль в уходе, в лечении людей с имеющимися или потенциальными нарушениями здоровья, которое должно быть направлено на благоприятный результат лечения. Устанавливать хорошее общение нелегко, именно поэтому будущий медицинский работник, если он хочет достичь успеха во взаимодействии с другими людьми, должен учиться этому. Знание законов психологии общения, соединенное с профессиональным мастерством, приводит к успешному преодолению всех трудностей, возникающих в лечебно-диагностическом процессе, и позволяет успешно оказывать помощь пациентам даже в самых трудных случаях. Ещё одним из главных особенностей общения врача является его умение влиять своими словами на физическое или психическое состояние больного, например, поднять ему настроение, успокоить его или оказать определенное воздействие на его самочувствие. От одного его слова «У вас все будет хорошо» на душе у человека, который с надеждой верит врачу становится лучше.

Выводы: Культура общения является важным показателем не только личностных качеств врача, его умения строить доверительные отношения с пациентами и коллегами, но и является специфическим индикатором его профессионализма. Будущим врачам всегда нужно помнить, что ни один врач не сделает хорошей карьеры и не сумеет заслужить доверия и уважения своих коллег и пациентов, если не умеет корректно общаться, не владеет искусством речи.

Литература

1. Битянова Р. М. Социальная психология. М. 2011. С.77-90.
2. Деонтология в медицине / Под ред. Б. В. Петровского М. Медицина 2008 с 44-49.
3. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта
4. Мушников Д.Л., Краснова С.А., Куканова Н.Н. Этическое поведение медицинского персонала как условие обеспечения качества медицинской помощи: Сборник научных трудов конференции «Университетская наука: теория, практика, инновации». — Курск, 2009. - Т. III. — С. 142—145.
5. Панфилова А.П. Деловая коммуникация в профессиональной деятельности. — СПб.: ИВЭСЭП Знание, 2005. — 495 с.
6. Пендлот Д., Скоуфилд Т., Тейт П. и др. Врач и больной: искусство общения. — М.: Практика, 2005. — 150 с.
7. Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплев И.А. Управление персоналом организации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 1104 с.

Түйін

Ахмедова Н.Д., Пулатов М.Д.

Андижан мемлекеттік медицина институты, Андижан қ., Өзбекстан Республикасы

БОЛАШАҚ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ КӘСІБИ КОММУНИКАЦИЯСЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Жыл сайын жоғары мамандарының мәдени кәсіби қарым-қатынасына, жоғары бейімделу және кәсіби ұтқырлық дағдыларына ие болуына заманауи қоғамның қажеттілігі артып келеді. Өкінішке орай, дәрігерлер коммуникативті дағдыларды «өздігінен» алады, бұл жылдар мен тәжірибе жинақталады. Науқаспен сөйлесу өнері, науқаспен диалог жүргізу мүмкіндігі дәрігердің қалауы ғана емес, белгілі бір дәрежеде талантты талап етеді. Дәрігер тек тыңдап қана қоймай, науқасты да ести білуі керек. Болашақ дәрігерлер әрқашан дәрігердің жақсы мансабын жасамайтынын және әріптестер мен пациенттердің сенімін және құрметін білмейтінін, егер ол дұрыс сөйлесуді білмесе, сөйлеу өнерін меңгермейтінін ұмытпаған жөн.

Кілт сөздер: қарым-қатынас, мәдениет, құқықтық қатынастар, итрогения, қарым-қатынас психологиясы.

Summary

Akhmedova N. D., Pulatov M. D.

Andijan Melekattik Medical Institutes, Andijan., BZbekstan Republica

BOLASHA DQRIGERLERDİŇ KƏSİBİ COMMUNICATION SYPATTAMAS

Zhyly Sayin Zhogary Mamandyryna Mңdeni Kәsibi Kқarym-Katynysyna, Zhoary Beyimdelu Zhәne Kәsibi tқyrlық dardylaryna i bolyuna zamanauı kғғғмның қажттілі іпі кылпел Өkinishke oray, d_rigerler communicative dardylardy "өzdiginen" alady, bjl jyldar men tәzhiribe zhinақталady. Naukaspen Saylesu Uneri, Edukaspen Dialogue Zhurgizu Mүmkindigi dirigerdің ңalauy Gana emes, belgili bir dәredede talents talap ethedi. Diriger tech tұндар қана қумay, science yes yes, there are bilui Kerek. Bol'shaya ryek

Kilt sөzder: Karym-Katynas, madeniet, Kyktyk Kathynastar, itrogii, Karym-Kathynas psychology.

FTIXP (MPHTI) 76.75.33

ЭОК 378.147.88

Абдухалыков А.М.1, Шагиева Г.А.1, Сахова Б.О.1, Жаксыбаева Ж.Б.2

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

ДӘРІГЕР-ИНТЕРНДЕРДІŇ БІЛІМІН ЖЕТІЛДІРУДЕ КЕЙБІР ЖАҢА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІ ПАЙДАЛАНУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Түйін

Дәрігер-интерндердің ғылыми қоғамы дәрігер-интерндердің теориялық білім деңгейін жоғарылатады, белгілі медицина саласындағы соңғы ғылыми жетістіктерімен танысуға септігін тигізеді. Сонымен қатар ол интерндердің практикалық дағдыларын арттырады, өз жұмысына творчестволық тұрғыдан қарауға, жаңа ғылыми жетістіктерге жақындауға, өзіндік ғылыми көзқарасының қалыптасуына, нағыз заманауи талаптарға сай жоғары білікті мамандардың қалыптасуына көмектеседі. Сол себепті мақаланың негізгі желісі жоғарғы медициналық оқу ордаларында дәрігер интерндердің ғылыми қоғамын ашу, дамыту мәселесіне бағытталған.

Кілт сөздер: білім беру жүйесі, заманауи талаптар, тәжірибелік дағдылар, интерндер, ғылыми қоғам.

Өзектілігі. Жоғары оқу орнында дәрігер-интерндер білімін жоғарылата отырып, өздерінің болашақ мамандығының негізін терең зерттейді. Дәрігер мамандығы бұл жауапкершілігі мол және қиын мамандықтардың қатарына жатады. Еске сала кететіні, жоғары білікті мамандардың кәсіптік деңгейі жоғары теориялық біліммен, тәжірибелік дағдылармен және ғылыми зерттеу жұмыстарынан құралады.

Жоғары білікті медицина мамандарын дайындау ғылым мен тәжірибеге тығыз байланысты. Жаңа ғылыми жетістіктер дәрігердің тәжірибелік мүмкіндіктерін кеңейтеді, медициналық көмек көрсетудің эффективтілігін жоғарылатады. Сондықтан да, медициналық жоғары оқу орындарындағы дәрігер-интерндердің сапалы мамандандырылған дайындығы ғылыми-зерттеулік жұмысқа баулумен тығыз байланыста болады. Ғылыми ізденістің алғашқы қадамы болып, дәрігер-интерндердің ғылыми қоғамы (ДИҒК) жұмысына қатысу болып табылады [1].

1991 жылы кафедра негізі қаланғаннан бастап біздің ішкі аурулар кафедрасында ИҒК жұмыс істеп келеді. Кафедра іргесі қаланған бері 26 жыл аралығында оны профессор Калимурзина Б.С., профессор Түзельбаев Н.К., профессор Абдухалыков А.М., доцент Садырханова Г.Ж. басқарды.

ДИҒК кафедрасының әр басқарушысы кезінде жаңа бағыттар пайда болды. Бастапқы кезде негізгі бағыт ішкі бездер сексециясының патологиялары, оның ішінде қалқанша безінің бұзылыстанынан туындайтын аурулар болды. Бұл мәселе негізінен шешілген соң, кафедрадағы ДИҒК жаңа тақырыпта бағыт алды

Соңғы 10 жыл ішінде терапия кафедрасының қызметкерлерінің негізгі зерттеу объектісі болып келеді “Экологиясы қолайсыз өндірісі дамыған региондағы ішкі аурулардың дамуының клиникалық ерекшеліктері” [1].

Дәрігер-интерндердің ғылыми зерттеу жұмыстары ұйымында кафедраның бүкіл профессор-оқытушылық құрамы белсенді қатысады. Соңғы 5 жылда біздің кафедрада 100 аса дәрігер-интерндер ИҒҚ мүшесіне айналды. Кафедра қызметшілерінің басқаруымен ИҒҚ жұмысына қатысатын студенттер жыл сайын университеттік және республикалық дәрігер-интерндердің ғылыми тәжірибелік конференцияларға баяндамамен шығады, оның ішінде жүлделі орындарға ие болғандар да бар.

Кафедра қызметкерлерінің бекітілген жоспары бойынша ДИҒҚ-да жұмыс атқаратын дәрігер-интерндер ішкі аурулардың диагностикасының теориялық және практикалық жаңа тәсілдерін негізін үйренеді және оларды жүргізуге қатысады, алынған қорытындыға интерпретация жасауды үйренеді. Ішкі аурулардың жедел және созылмалы түрлерін зерттеу арқылы дәрігер-интерндер өздерінің теориялық білімі мен бірге тәжірибелік дағдыларды жоғары дәрежеге жеткізуге мүмкіндік алады.

2012-2017 жылдар аралығында терапия кафедрасының ДИҒҚ жұмысының нәтижесі ойдағыдай болды, айтылып отырған кезең аралығында ДИҒҚ кафедрада 25 жиналыс өткізді, оған 149 дәрігер-интерн қатысты, әртүрлі дәрежелі конференцияларда 22 баяндама жасалды, 5 конференцияда ИҒҚ мүшелері жүлделі орындар алды, 12 жазба жұмыстары жарияланған. ДИҒҚ жұмысын талдау барысында терапия пәнінің теориялық негіздерін зерттеумен қатар, практикалық дағдылар шыңдалды, жаңа емдеу және зерттеу әдістері игерілді, жаңа дәрілік заттарды пайдаланудың нәтижелерімен танысты, болашақта қажетті дағдыларға ие болды [2].

Конференциядағы баяндама негізінде баспа бетінде ғылыми жұмыстың нәтижелерінің жариялануы жас зерттеушілердің ғылымға деген қызығушылығын арттырады, ғылымның жаңа жетістіктерімен танысып, сол бағытта білімдерін жетілдіруге көмектеседі. Баяндама арқылы өз ғылыми ізденіс тәжірибе жинауға және бейтаныс аудитория алдында шығып сөйлеуге, әріптестерінің сұрақтарына жауап беруге және дискуссия жүргізуге үйретеді. Ғылыми еңбектердің, баяндамаларның, презентациялардың сапалық деңгейін конференцияға қатысушылар өзара салыстыру арқылы келешек зерттеу жұмыстарының сапасын арттыруға септігін тигізеді. Олар өздерімен жасты және үлкен әріптестерімен мәжбүрсіз сұхбаттасуына, ғылыми зерттеу мәселелерінің шешілуіне әсерін тигізеді. Конференция барысында басқа қатысушылардың баяндамалары мен презентацияларымен танысу дәрігер-интерндердің теоретикалық деңгейлерін жоқарылатады және ой-өрісін кеңейтеді. Конференция жеңімпаздарын таңдау және марапаттау бәсеке рухын тудырады және жақсы нәтижелерге жетудің жақсы стимулы болып табылады [2].

Осылайша, ДИҒҚ дәрігер-интерндердің теориялық білім деңгейін жоғарылатып қана қоймай, белгілі медицина облысының соңғы ғылыми жетістіктерімен танысуға септігін тигізеді, практикалық дағдыларын арттырады және де өз жұмысына творчестволық тұрғыдан қарауға, жаңа ғылыми жетістіктерге жақындауға, өзіндік ғылыми көзқарасының қалыптасуына, нағыз заманауи талаптарға сай жоғары білікті мамандардың қалыптасуына көмектеседі.

Әдебиеттер

1. А.М.Абдухалыков, Г.А.Шагиева, Э.Д. Искандирова, К.А.Сартаева, Б.О.Сахова. //Иновационные направления в медицинском образовании. - В сб. материалов международного семинара «Болонский процесс и реформы в системе высшего образования Казахстана».- Туркестан, 2011 стр.103-106.

2. Е.В. Симонян, В.А. Ушакова. Научно-исследовательская работа студентов как средство повышения качества обучения. Материалы II научно-практической конференции «Оптимизация высшего медицинского и фармацевтического образования: менеджмент качества и инновации».- Екатеринбург, 2010, с108-109

Резюме

Абдухалыков А.М.1, Шагиева Г.А.1, Сахова Б.О.1, Жаксыбаева Ж.Б.2

МКТУ им. Х. А. Ясауи, Шымкент, Республика Казахстан

Южно Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЗНАНИИ ВРАЧЕЙ ИНТЕРНОВ

Организация научного общества врачей-интернов обеспечивает повышение уровня знания, в теоретическом и практическом плане, повышает способности врачей интернов в сфере образовательной науки, ознакомление последними новостями в прогрессивной отрасли отечественной медицины и во всем мире. Повышает способности практическим навыкам врачей интернов в плане врачебной деятельности, творчески подходит к деятельности врачей. Способствует формированию современных,

всесторонне развитых, культурных врачей. Поэтому работа направлена на изучение образования, и деятельности общества интернов в современных ВУЗ ах

Ключевые слова: система образования, современные требования, практические навыки, интерны, научное общество.

Summary

Abdukhalikov A1., Shagiyeva G1, Sakhova B1., Zhaksybayeva Zh2.

IKTU name of A. Yasai, Shymkent, of the Republic of Kazakhstan,
Southern Kazakhstan medical academy Shymkent, Republic of Kazakhstan

SOME NEW INNOVATIVE METHODS OF USE OF KNOWLEDGE DOCTOR OF INTERNS IMPROVEMENT TO RESULTS

To get acquainted with achievements in the field of medicine the doctor of interns the doctor of interns of theoretical knowledge, known level scientific society increases an exit of the last scientific the region. Besides, it that, in terms of to approach the work of interns as practical skills, new scientific achievements, personal scientific views to requirements to formation, real zamanauy formation creative to consider highly qualified specialists, helps. Therefore the main idea of article Supreme medical educational institutions on hordes the doctor of the interns directed to opening on development of scientific organization.

Keywords: Education system, modern requirements, practical skills, interns, scientific organization.

МРНТИ 76.75.33

УДК 615.1:519-7

О.В. Кутовая, И.В. Ковалевская

Национальный фармацевтический университет, Харьков, Украина

ИЗУЧЕНИЕ СТАДИИ УВЛАЖНЕНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Резюме

Полноценная фармацевтическая разработка в настоящее время невозможна без применения хотя бы одного, а чаще нескольких математических методов. Выбор конкретного математического метода обуславливается характеристикой набора стоящих перед технологом задач, которые необходимо всесторонне проанализировать в ходе изучения проблемы. На сегодняшний день существуют трудности в установлении механизма гранулирования. Для установления влияние основных переменных на образование гранул использовали метод анализа размерности. В ходе работы были изучены основные закономерности технологии гранулирования, рассмотрены основные свойства и переменные на стадии уплотнения и зародышеобразования гранул, определены основные показатели, влияющие на процесс проникновения увлажнителя в слой порошка. На основании проведенных исследований представлен алгоритм изучения стадии увлажнения с помощью математических методов.

Ключевые слова: математические методы, грануляция, фармацевтическая разработка.

Актуальность исследования: Принципы моделирования изучаемых явлений, основанные на соблюдении условий, обеспечивающих их подобие, значительно повышают достоверность обобщений, получаемых экспериментальным путем. Идея моделирования процессов и аппаратов фармацевтической технологии находит свое выражение в теории подобия.

Если известны уравнения, описывающие рассматриваемое физическое явление, то критерий подобия для этого явления можно получить, приводя уравнения к безразмерному виду путём введения некоторых характерных значений для каждого из определяющих физических параметров, входящих в систему уравнений. Тогда критерий подобия определяются как безразмерные коэффициенты, появляющиеся перед некоторыми из членов новой, безразмерной системы уравнений. Когда уравнения, описывающие физическое явление, неизвестны, критерий подобия отыскиваются при помощи анализа размерностей, определяющих физические параметры [2].

Изучение основных закономерностей данной технологии осложняется взаимосвязью и взаимодействием многих факторов:

Увлажнение порошка реализуется в условиях максимального контакта фаз. Наличие высокоразвитой поверхности обуславливает значительную роль поверхностных явлений (адсорбция,

адгезия, смачивание и растекание, капиллярные и электрокинетические явления на поверхности, коагуляция, структурообразование) и приводит к появлению их новых свойств.

Характер капиллярного взаимодействия в слое порошка определяется количеством жидкой фазы в точке контакта, формой контакта и числом контактов в единице объема. Теоретически можно предсказать лишь общий характер влияния влажности материала на прочность сцепления частиц. Эта зависимость носит экстремальный характер.

Имея разную структуру частицы многокомпонентной смеси по-разному смачиваются связующим. В общем случае скорость капиллярного всасывания определяется свойствами жидкости (вязкостью, плотностью, поверхностным натяжением) и порошка (размер капилляров частиц, природа вещества, состоянием его поверхности).

Идет образование вторичных агрегатов из частиц порошка по причине различия физико–химических и физико–механических свойств компонентов, характеризующихся гранулометрическим составом, насыпной массой, формой частиц, силой между ними, сыпучестью, наличием электростатического заряда, а также углами и коэффициентом трения [3].

Цель исследования: Таким образом, имеющиеся трудности в установлении механизма гранулирования, заставляют искать необходимые решения экспериментальным путем. Весьма ценным математическим приемом для выявления соотношения между переменными величинами служит анализ размерности. Этот метод анализа процессов позволяет значительно сократить объем экспериментальных работ.

Материалы и методы: Объектом исследования стала стадия увлажнения порошка при гранулировании. Влияние основных переменных на образование гранул определяли методом анализа размерности.

Результаты и обсуждение: Свойства конечного продукта непосредственно связаны с размером гранул, гранулометрическим составом, плотностью и прочностью. Эти свойства гранулы обретают в результате трех стадий процесса в грануляторе (рис.1): увлажнение и зародышеобразование; рост и уплотнение; распад и истирание.



Рисунок 1 - Увлажнение и образование зародышей гранул в брызговой зоне гранулятора.

Попытаемся выделить основные свойства и переменные на стадии уплотнения и зародышеобразования.

Первый этап влажного гранулирования – добавление жидкого связующего к порошковой смеси. Количество возникших центров зародышеобразования определяет конечную структуру и свойства сформировавшихся гранул [4].

Капельки жидкого связующего контактируют с движущейся порошковой поверхностью в брызговой зоне. Предполагают, что процесс зародышеобразования состоит из нескольких стадий (рис.1): образования капли, смачивание поверхности порошкового слоя, впитывание капли благодаря порам и капиллярам порошка, механическая дисперсия больших комков в порошковом слое (для грануляторов с перемешивающими устройствами).

Для идеального зародышеобразования гранулятор должен функционировать в контролируемом капающем режиме, когда каждая капля, проникая в слой порошка, является ядром гранулы.

При использовании грануляторов без дозированной подачи увлажнителя залогом успешного зародышеобразования будет эффективная механическая дисперсия влажных комков в пределах порошкового слоя. При этом необходимо регулировать скорость перемешивания таким образом, чтобы возникшие центры зародышеобразования имели возможность роста.

Чтобы предсказать необходимые условия для создания эффективного капающего режима, необходимо принять во внимание термодинамику и кинетику впитывания капли в слой порошка, а также распределение капель по поверхности слоя.

Время проникновения (τ) связующего в порошковый слой можно оценить, используя представления, по которым жидкость проникает в поры порошковой поверхности под действием капиллярных сил. Примем, что время проникновения зависит от следующих величин:

$$\tau = f(V, V_{\text{п}}, \sigma, \cos\theta, \mu) \quad (1)$$

где V – объем капли увлажнителя, $V_{\text{п}}$ – суммарный объем пор в увлажненном слое, σ – поверхностное натяжение жидкости, θ – угол смачивания, μ – вязкость увлажнителя.

Согласно теории размерностей, эту зависимость можно представить в виде уравнения:

$$\tau = K(V^a \cdot V_{\text{п}}^b \cdot \sigma^{-1} \cdot \cos\theta \cdot \mu^1) = K\left(V^a \cdot V_{\text{п}}^b \cdot \frac{\mu \cdot \cos\theta}{\sigma}\right) \quad (2)$$

где k , a , b – коэффициенты, устанавливаемые экспериментально.

Выражение (2) можно привести к виду:

$$W = \frac{\tau \cdot \sigma}{\mu} = k \cdot (V)^a \cdot (V_{\text{п}})^b \cdot \cos\theta \quad (3)$$

$$W = \frac{\tau \cdot \sigma}{\mu}$$

где величину $\frac{\tau \cdot \sigma}{\mu}$ можно определить как скорость установления межфазного контакта в системе порошок – увлажнитель.

Особую сложность при расчете по уравнению (3) представляет вычисление величины краевого угла смачивания. Смачиваемость твердых однородных материалов определяют с помощью измерения краевого угла лежащей капли. Для пористых образцов (порошков, волокнистых материалов) большую роль играет не только быстрое впитывание жидкости при контакте с поверхностью, но и капиллярные явления. Благодаря капиллярам и порам, часть жидкости впитывается до того, как сформировывается капля. Оптический метод измерения капли на поверхности материала в этом случае не пригоден. Кроме того этим методом нельзя воспользоваться, если ожидаемый краевой угол меньше 90° [1].

Метод Вашбума основан на измерении прироста массы образца пористого материала вследствие капиллярных явлений и адсорбции жидкости. Метод применим ко всем образцам, в том числе угол смачивания которых больше 90°.

Основное уравнение метода Вашбума связывает время смачивания, количество поглощенной жидкости и краевой угол смачивания:

$$\cos\theta = \frac{m^2}{t} \cdot \frac{\mu}{\rho^2 \cdot \sigma \cdot C}, \quad (4)$$

где μ , ρ , σ – вязкость, плотность, поверхностное натяжение увлажнителя соответственно; θ – краевой угол смачивания между порошком и жидкостью; C – постоянная материала, зависящая от формы пор.

Таким образом, зная значение $\cos\theta$, можно рассчитать скорость установления межфазного контакта или время, необходимое для его установления по уравнению:

(5)

В выражении (5) поиск значений a и $C = k(V_{\text{п}})^b$ ведется экспериментально.

Для контролируемого образования ядра время впитывания капли должно быть меньше времени оборота слоя в брызговой зоне. Это позволит избежать скопления увлажнителя на поверхности порошковой массы и ее возможного затвердения.

Введение такого понятия, как коэффициент смачивания K_s , позволит корректировать время увлажнения порошка в зависимости от его количества. Коэффициент смачивания определим, как отношение квадрата массы максимально увлажненного порошка к квадрату массы исходного порошка:

$$K_s = \frac{m^2}{m_0^2} \quad (6)$$

Таким образом, время увлажнения системы до заданного значения в зависимости от имеющейся массы порошка должно увеличиваться согласно коэффициенту смачивания. Причем, условия обновления поверхности (параметры перемешивания) в этом случае должны быть одинаковы. Если условия перемешивания различны, целесообразно ввести коэффициент обновления поверхности.

Выводы: Изучены основные закономерности технологии гранулирования. Рассмотрены основные свойства и переменные на стадии уплотнения и зародышеобразования гранул. Определены основные показатели, влияющие на процесс проникновения увлажнителя в слой порошка. Представлен алгоритм изучения стадии увлажнения методом анализа размерности.

Литература

1. Ковалевська І.В. Дослідження змочування мікрокристалічної целюлози водними розчинами високо-молекулярних сполук /Ковалевська І.В., Кутова О.В.// Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика, К.: 2012.- Вип.21., книга2., - С.310-313.
2. Самойлик В.Г. Теория и техника физического эксперимента при обогащении полезных ископаемых: учебное пособие / В.Г. Самойлик, А.Н. Корчевский.– Донецк: ООО «Технопарк ДонГТУ «УНИТЕХ», 2016. – 205 с.
3. Developing Solid Oral Dosage Forms : Pharmaceutical Theory and Practice / Qiu Y., Chen Y., Zhang G., Liu L., Porter W. - Academic Press, 2008. – 978 p.
4. The Mechanism of Forming the Granules on the Basis of Lactose and Microcrystalline Cellulose Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences /Kytova O.V., Kutsenko S.A., Kovalevska I.V., Ruban O.A.– 2014. - №5(1). – с.268 – 275.

Түйін

О. Кутовая, И. Ковалевская

Ұлттық Фарм Университеті, Харьков, Украина

МАТЕМАТИКАЛЫҚ ӘДІСПЕН ЫЛҒАЛДАНУДЫҢ САТЫЛАРЫН АНЫҚТАУ ТӘСІЛДЕРІ

Қазіргі уақытта толыққанды фармацевтикалық дамуды кемінде бір, көбінесе бірнеше математикалық әдістерді қолданусыз мүмкін емес. Нақты математикалық әдісті таңдау технологтың алдына қойылған міндеттер жиынтығының сипаттамасымен анықталады, ол мәселені зерделеу барысында жан-жақты талдануы керек. Бүгінгі күні түйіршіктеу механизмін құруда қиындықтар бар. Негізгі айнымалылардың түйіршіктердің қалыптасуына әсерін анықтау үшін өлшемдерді талдау әдісін қолданды. Грануляция технологиясының негізгі заңдары зерделенді, түйіршіктердің тығыздалуы мен түйіршіктеу сатысында негізгі қасиеттері мен айнымалы мәндері зерттелді, жұмыс барысында жұмыс барысында ұнтақ қабатына ылғалдандырғыштың енуіне әсер ететін негізгі көрсеткіштер анықталды. зерттеу, математикалық әдістерді қолдану арқылы ылғалдандыру кезеңін зерттеуге арналған алгоритм ұсынылды.

Кілт сөздер: математикалық әдістер, түйіршіктеу, фармацевтикалық даму.

Summary

O.V. Kutovaya, I.V. Kovalevska

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

STUDY OF THE STAGE OF MOISTENING BY MATHEMATICAL METHODS

A full-fledged pharmaceutical development is currently impossible without the use of at least one, and more often several mathematical methods. The choice of a specific mathematical method is determined by the characteristics of the set of tasks facing the technologist, which must be comprehensively analyzed in the course of studying the problem. To date, there are difficulties in establishing the granulation mechanism. Used the method of analysis of dimensions to establish the effect of the main variables on the formation of granules. The main laws of granulation technology were studied, the main properties and variables at the stage of compaction and nucleation of granules were considered, the main indicators affecting the penetration of the humidifier into the powder layer during the course of work were determined.. Based on the research, an algorithm was presented for studying the stage of moistening using mathematical methods.

Keywords: mathematical methods, granulation, pharmaceutical development.

МРНТИ 76.29.49
УДК 618.11-006-037

М.Е. Жантеев¹, К.В. Югай², Д.Ж. Жумағали², Д.Т. Тасбалтаева², Ж.А. Рамазанов¹

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Городской онкологический центр, г. Шымкент, Казахстан

ПОКАЗАТЕЛИ ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

В статье были изложены результаты статистического исследования 1749 случая рака шейки матки, за 11 лет зарегистрированного в 2007-2017 годах в Городском онкологическом центре Туркестанской (ЮК) области. Изучаемая совокупность была анализирована по таким показателям, как заболеваемость, стадии развития опухоли при первичном обращении больных и 5 летняя выживаемость их. Определены прогрессивный рост частоты заболеваемости РШМ, а также незначительная положительная динамика по стадиям заболевания и 5 летней выживаемости.

Ключевые слова: Туркестанская область, рак шейки матки, стадия развития, 5 летняя выживаемость, заболеваемость

В настоящее время рак шейки матки являются одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин во всем мире, занимает второе место по заболеваемости среди злокачественных опухолей

репродуктивной системы у женщин а так же занимает второе место по смертности, уступая только раку молочной железы [1].

По данным Международного агентства по изучению рака в настоящее время, в мире ежегодно регистрируется около 500000 новых случаев рака шейки матки (РШМ), и в год умирают от этого недуга более 200 000 женщин [2].

РШМ в основном встречается в развивающихся странах около (78 %) регистрируется в этих странах а и занимает более 15 % от всех злокачественных новообразований у женщин, а в развитых странах данное заболевание составляет всего 4,4 % [3].

Показатель заболеваемости РШМ в России составляет приблизительно 15 случаев на 100 тысяч женского населения. По данным Российских исследователей в последние годы отмечаются тенденцию к росту заболеваемости РШМ. За 10 лет с 2001 по 2011 г. прирост РШМ составил 26,94 %, а среднегодовой темп прироста составлял 2,35 % [4]. В основном РШМ выявляется в старшей (60—70 лет и старше) возрастной группе, однако имеются публикации описывающие случаи возникновения этой патологии у женщин репродуктивного возраста (35-55 лет) [5,6]

Несмотря на прогрессивное развитие диагностических методик с течением времени отмечается, увеличение частоты запущенных форм РШМ [7].

По данным Одесских ученых в настоящее время у значительной части пациенток РШМ впервые диагностируется уже на поздних стадиях заболевания (III—IV), когда эффективность методов лечения резко снижается [8].

При запущенных стадиях, результаты традиционного лучевого и химиолучевого лечения в целом остаются неудовлетворительными. По данным разных авторов после проведенного химиолучевого лечения у 49 % больных определяется остаточная опухоль, и у 25 % имеются метастазы в лимфатические узлы таза — [6,10].

Исследованиями ученых при многофакторном анализе были определены более 40 факторов, влияющие на прогноз течения рака шейки матки, но наиболее важным среди них в прогностическом плане является стадия развития РШМ [11].

Цель исследования: изучить ретроспективные данные по заболеваемости и взаимосвязь 5 летней выживаемости и стадии развития рака яичников в Туркестанском регионе.

Материалы и методы исследования: Источником информации при выполнении данного исследования были материалы из учетно-отчетных документов, стат отдела городского онкологического центра г. Шымкент.

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости, болезненности, соотношения впервые обратившихся больных по стадиям развития а так же летальность и 5 летняя выживаемость больных раком яичников за 11 лет (2007-2017 гг.). При изучении заболеваемости использовались дескриптивные и аналитические методы. Стандартизованные показатели вычислены прямым методом и рассчитаны на

100 000 населения. Динамика вышеуказанных показателей изучена за 11 лет. Для вычисления среднегодовых темпов прироста или убыли динамического ряда использовалась средняя геометрическая.

Таблица 1 - Качественные показатели РШМ по Туркестанской области за 2007-2017 гг.

годы	Заболеваемость		По Стадиям						5-ти летняя выживаемость	
	абс,чс	На100г	I-II	%	III	%	IV		Абс. ч	В%
2007	108	4,7	94	87,0	12	11,1	2	1,8	289	46,7
2008	132	5,7	111	84,0	18	13,6	3	2,2	327	49,3
2009	135	5,7	118	87,4	13	9,6	4	2,9	356	52,1
2010	124	5,1	100	80,6	24	19,3	-	-	399	53,4
2011	145	5,7	126	86,8	16	11,0	3	2,0	427	51,8
2012	150	5,7	121	80,6	25	16,6	4	2,6	418	49,0
2013	150	5,6	128	85,3	21	14,0	1	0,6	353	42,3
2014	186	6,8	149	80,1	32	17,2	3	1,6	394	43,9
2015	190	6,8	173	91,0	15	7,8	2	1,0	471	52,0
2016	195	6,9	176	90,2	16	8,2	3	1,5	483	46,3
2017	234	8,1	213	91,0	20	8,5	1	0,4	544	47,0

Результаты и обсуждение: За 2007-2017 годы впервые выявлено 1749 случая рака шейки матки у женщин Туркестанской области. Причем с постепенным ростом численности вновь заболевших с течением времени. Например впервые диагностированных больных раком шейки матки в 2007 г было 108 (4,7 на 100 тыс населения) , в 2013г их численность возрос до 150 (5,6 на 100 тыс населения) а в 2017г достиг 234 (8,1 на 100 тыс населения), возрос на 42%. Показатели отражены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1 в 2007 г впервые диагностированные опухоли шейки матки в I-II стадии занимает 87% и к концу 2017 г достигает 91%. Показатели 5 летней выживаемости 2007 г было 46,7% с незначительным приростом и достигает к 2017 г. 47,0%. Показатели хорошо отражены в графическом изображении. Все отраженные показатели в таблице и в графическом изображении имеют положительную тенденцию, но с разной степенью выраженности. Определены среднии степень прироста данных показателей:

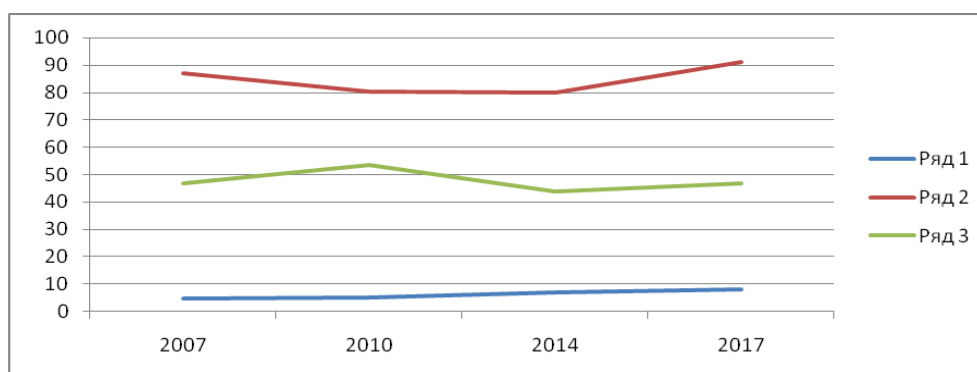


Рисунок 1. Графические показатели заболеваемости, стадии развития опухоли и 5 летней выживаемости больных с раком шейки матки за 11 лет

Первый ряд (нижний) показатели динамики заболеваемости. Второй ряд (верхний) показатели ранней стадии болезни. Третий ряд (средний) показатели 5 летней выживаемости

Показатель среднегодового прироста по заболеваемости за 11 лет составляет $T_{пр}=+3,8\%$. Для ранней диагностики (I-II ст) $T_{пр}=+0,4\%$, а по показателю 5 летней выживаемости среднегодовой прирост составил всего $T_{пр}=+0,09\%$. Установлены динамически рост заболеваемости раком шейки матки, почти в 2 раза за 11 лет когда ранняя диагностика и 5 летняя выживаемость больных улучшается незначительно 4,4% и 0,8% соответственно. Выводы: Таким образом, учитывая вышеуказанные статистические и графические данные можно формировать нижеследующие заключения

Частота заболеваемости раком шейки матки по Туркестанской (ЮК) области прогрессивно растет.

Грубый показатель заболеваемости раком шейки матки за 11 лет повысился на 42%. Среднегодовой прирост составляет $T_{пр}=+3,8\%$.

Обнаружение опухоли шейки матки в начальной (I-II) стадиях развития в динамике имели тенденцию к незначительному росту за 11 лет 4,4%, при этом среднегодовой прирост составляет $T_{пр}=+0,4\%$,

Показатели 5 летней выживаемости в отличие от предыдущих показателей не имеет особых изменений. За 11 лет показатели улучшились всего на 0,8% с ежегодным приростом 0,09%

Приведенные данные показывают что несмотря на научно-технический прогресс современные методы диагностики и лечения недостаточны, необходимо усовершенствовать диагностику и лечения данной патологии.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и в странах СНГ в 2008 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2010. — Т.21, — №2. (приложение 1). — 160 с.
2. Саевец В.В., Важенин А.В., Жаров А.В. [и др.] Результаты лечения рака шейки матки в зависимости от гистологического варианта опухоли // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XXII междунар. науч.-практ. конф. № 22. – Новосибирск: СибАК, 2013.
3. Важенин А.В., Жаров А.В., Шимоткина И.Г. Актуальные вопросы клинической онкогинекологии. М., 2010. — С. 6—33.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб., 2002 — С. 544.
5. Егорова И.В., Максимов С.А. Проблемы онкологических заболеваний репродуктивной системы в Красноярском крае // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ. Ташкент, 2008.-С.15-16.
6. Злокачественные новообразования в России в 2011 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2013. — 289 с.
7. Сухин В.С. Метастатическое поражение яичников при раке шейки матки // Онкология.-2008.-Т. 10, - № 3. -С. 374-376.
8. Эпидемиологические аспекты распространения рака шейки матки в Одесской области / С.В. Бугайцов, А.И. Марченко, А.И. Рыбин, А.В. Михайленко // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ. Ташкент, 2008. — С. 11—12.
9. The role of surgery after chemoradiation therapy and brachytherapy for stage IB2/II cervical cancer / P. Morice, C. Uzan, Y. Zafrani et al. // Gynecol. Oncol. — 2007. — V. 107(1) — P. S122—S.124.
10. Global cancer statistics / A. Jemal, F. Bray, M.M. Center et al. // CA Cancer J Clin. — 2011. — Vol. 61(2). — P. 69—90.
11. Boyce J., Fruchter R., Nicastri A. Prognostic factors in stage I carcinoma of the cervix. // Gynecol Oncol. — 1991. — № 12. — P. 154-65.

Түйін

М.Е. Жантеев¹, К.В. Югай², Д.Ж. Жумағали², Д.Т. Тасбалтаева², Ж.А. Рамазанов¹

Оңтүстік-Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қ, Қазақстан
Қалалық онкологиялық орталық, Шымкент қ, Қазақстан

ТУРКІСТАН ОБЛЫСЫНДА ЖАТЫР МОЙЫНЫ ОБЫРЫНЫҢ АУРУШАҢДЫЛЫҚ ЖӘНЕ ӨМІРШЕНДІК КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Мақалада Түркістан (ОК) облысында 2007-2017 жылдары жатыр мойыны обырымен ауырып, тіркелген 1749 науқастардың 11 жылдық статистикалық берілімдері сарапқа салынды. Шымкент қалалық онкологиялық орталықта емделген науқастардың аурушаңдылық жиілігі, ісіктің даму сатылары мен олардың 5 жылдық өміршендігі сарапталды. Нәтижесінде облыс тұрғындары арасында жатыр мойыны обырымен ауру жиілігі прогрессивті өсіп жатқандығы, даму сатысы бойынша ерте анықталуының және өміршендіктің де біршама жақсарғанын көруге болады.

Кілт сөздер: Түркістан облысы, жатыр мойыны обыры, даму сатысы, 5 жылдық өміршендік, аурушаңдылық

Resume

M.Zhanteyev¹, V. Jugai², D. Jumagali², D. Tasbaltayeva², Zh. Ramazanov¹

South-Kazakhstan medical academy, Shymkent, Kazakhstan
Municipal oncology center, Shymkent, Kazakhstan

INDEXES OF DYNAMICS OF DEVELOPMENT AND SURVIVABILITY OF PATIENTS BY CANCER OF CERVIX OF THE UTERUS IN TURKESTAN AREA

In the article the results of statistical research were expounded 1749 case of cancer of cervix of the uterus, for 11 registered in 2007-2017 in the Municipal oncologic center of the Turkestan (ЮК) area. The studied totality was analyzed on such indexes, as morbidity, stages of development of tumour at the primary appeal of patients and 5 summer survivability them. Certain progressive height of frequency of morbidity of PИМ, and also insignificant positive dynamics on the stages of disease and 5 to summer survivability.

Keywords are the Turkestan area, cancer of cervix of the uterus, stage of development, 5 summer survivability,

ҒТІХР (МРНТИ) 76.29.38
ӨОК 616.233-002.085

Абдухалыков А.М.1., Садырханова Г.Ж.1, Искандирова Э.Ж.1, Жаксыбаева Ж.Б.2

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

БРОНХТЫҚ АСТМАНЫ ИННОВАЦИЯЛЫҚ КВАНТТЫҚ НАНОТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ӘДІСІМЕН ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА АЛЫНҒАН НӘТИЖЕЛЕР

Түйін

Бронхтық астма (БА) жиі тараған аурулардың бірі. Дәрі-дәрмексіз емдеу әдістерінің ішінде кванттық терапия әдісінің маңызы үлкен. Зерттеуге БА ауыратын 20 кесел алынды, олар екі топқа бөлінді, бірінші топта 10 кесел дәрі-дәрмектік әдіспен емделді, ал екінші топта-дәрмектік әдіспен қатар кванттық терапия әдісін қолдандық. Кванттық терапия 10 сеанстан құрылды. Алынған алғашқы нәтижелер бойынша бақылау тобына қарағанда, зерттеу тобында емдеу барысының көрсеткіштері біршама жақсы нәтиже берді, аурудың кері даму көрсеткіштері мен емделу нәтижелері артық болды.

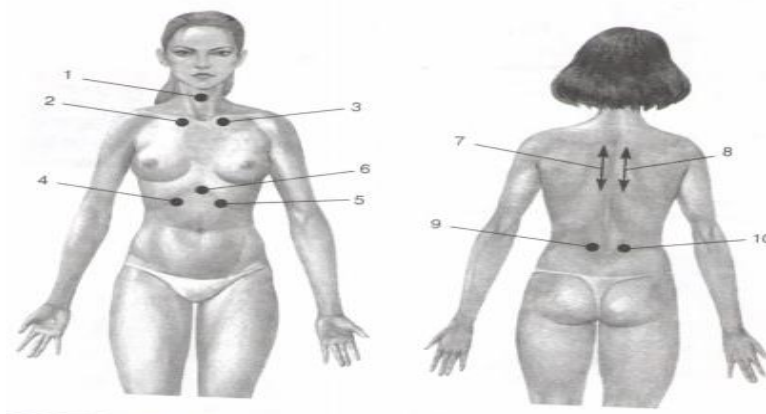
Кілт сөздер: бронхтық астма, кванттық терапия, комплексті ем, физиотерапия, әдістемелік нұсқау

Қазіргі кезеңде созылмалы аурулардың тұрақты өсуі бақылануда, көбіне олар жасырын патология түрінде өтеді. Кей жағдайларда симптомсыз өтетін формалары кеш стадияларында бақыланады, ол жүргізілетін терапияның эффективтілігін төмендетеді [1].

Бұл шешудің жолдарының бірі қарапайым, қауіпсіз ем тәсілдерін қолдану. Бронхтық астма – тыныс алу жүйесінің патологиясында жиі кездесетін аурулардың бірі, статистикалық деректерге сүйенетін болсақ БА әр 10 жыл сайын екі есеге дейін өсіп отыратын, еңбекке уақытша жарамсыздық тудыратын және мүгедектік пен өлімге алып келетін ауру. Бронхтық астманы нәтижелі емдеу-бұл заманауи медицинаның негізгі мәселелерінің бірі болып табылады. Бронхтық астманы комплексті түрде емдеуде дәрісіз емдеу әдістерінің маңызы жылдан жылға артып келеді. Осы шиеленісті шешу үшін қазіргі заманға сай жаңа нано технологияларді қолдану қажет, ол үшін кванттық терапия әдістерін кеңінен қолдану қажет [1].

Кванттық терапия бронхтық астманы емдеуде теориялық жағынан негізделген және тәжірибелік нәтижелерге көз жеткізген бірден – бір тәсіл балып саналады. Ал физиотерапия тәсілдері ішінде бронхтық астманы емдеуге кванттық терапия әдісі өте тиімді.

Зерттеудің тәсілдері мен материалдары. Біздің зерттеулеріміз Шымкент қалалық №2 ауруханасының аллергологиялық орталығында жүргізілді. Зерттеу барысында бронхтық астмамен ауыратын 20 науқас бақылауға алынды. Жүргізілген емдік шараларына байланысты науқастар 2 топқа бөлінді. Бірінші бақылау тобында 10 ауру дәрілік ем қабылдады, ал екінші экспериментальды топта 10 науқас дәрілік еммен қатар кванттық терапия емдік әдісін қабылдады.



Сурет 1 - Кванттық терапиямен әсер ету нүктелері мен аймақтары

Тәжірибелік топтағы науқастарда медикаментозды терапиямен бірге қосымша квантты терапия емдік әдісі келесі әдіспен жүргізілді. Емдеу курсы 10 процедуранан, тәулігіне 1 реттен 24 мин жүргізілді. Бір нүктеге және келесі нүктелерге әсер ету уақытын «Применение аппарата свето-магнито-инфракрасной лазерной тераии Витязь» Ю.Г.Федотовтың ұсынған әдістемелік нұсқау көмегімен жүргізілді (Сурет 1, кесте 1) .

Кесте 1 –Бронхтық демікпе емдеу кезіндегі программа таңдауы және әсер ету аймағы.				
№	Әсер ету аймағы	Прогр.	Прогр.	Түсі
1	Қалқанша безі деңгейіндегі кеңірдек шеміршегі	1>	3	Қызыл
2;3	Бұғанаасты ойықтар	5	5	Қызыл
4;5	Оң жақ және сол жақ қабырға асты ортасы	3	3	Қызыл
6	Эпигастрий	3	-	Қызыл
4;5	Омыртқаманы оң және сол жақ жауырын боймен сканірлеу	2	2	Қызыл
6	Бүйрекүсті аймағы(омыртқаның қылқанды өсіндісінен 10 см бел бөімінің ортасы)	2	2	Қызыл

Сурет 2 - Зерттеу нәтижелері және оларды талқылау

Бақыланған барлық топқа толығымен ем аяқталған соң, аурудың клиникалық ағымына оң баға берілді. Салыстырмалы талдау кезінде емінің нәтижесі 2 топқа бірдей бір уақытта дәрілік ем мен қатар кванттық терапия емдік әдісін қолданған жүргізілген кейін емінің тиімділігі жоғары көрсеткішті көрсетті. Емдеу барысында аурулардың 38,1% толық ремиссия болды, 54,7% жағдайлары жақсарды, ал 7,2% алрулардың емдеу нәтижелері көңілдегідей болмады.

Қорытынды.

Біздің жүргізген зерттеулеріміздің алғашқы нәтижелері келесі қорытынды жасауға мүмкіндік берді: бронхтық астманың негізді клиникалық және аспаптық-лабораторлық көріністері 2 бақылау тобында едәуір жедел кері дамыды және де емдеу нәтижелері айтарлықтай жоғары болды [2].

Бідің жасаған жұмысымыздың қорытындысы бойынша кванттық терапия әдісін бронхтық астманы емдеуге кеңінен қолдануға болады.

Әдебиеттер

1. Абдухалыков А.М., Куттыгулова Ж.Е, Сартаева К.А., Рахашов Ж.С. Бронхтық стманы инешаншу әдісімен кешенді емдеу нәтижелері. Қ.А.Ясауи ат.ХҚТУ хабаршысы. Түркістан, №3 (69), 2010, 415-416 б.
1. Федотов Ю.Г. Методическое пособие. Применение аппарата свето-магнито-инфракрасной лазерной терапии «Витязь». Ассоциация «Квантовая медицина», Москва, 2010, 77с.

Резюме

Абдухалыков А.М.1., Садырханова Г.Ж.1, Искандирова Ә.Ж.1, Жаксыбаева Ж.Б.2
 Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы
 Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

БРОНХТЫҚ АСТМАНЫ ИННОВАЦИЯЛЫҚ КВАНТТЫҚ НАНОТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ӘДІСІМЕН ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА АЛЫНҒАН НӘТИЖЕЛЕР

Бронхиальная астма (БА) один из часто встречаемых и трудноизлечимых болезней жыхательной системы у человека. Одним из главных методов лечения это безлекарственная квантовая терапия, которая в последнее время часто интересует ученых терапевтов, аллергологов. На обследование участвовали 20 с бронхиальной астмой. Из них 10 человек (контрольная группа) лечились традиционными лекарственными средствами а основная группа больных 10 чел, параллельно с лекарственными средствами принимали квантовую терапию. По результатам исследования были выявлены следующие: в группах с применением квантовой терапии результаты лечения были положительными, срок лечения уменьшились и рецидивов обострения были меньше.

Кілт сөздер: бронхиальная астма, квантовая терапия, комплексная терапия, физиотерапия, методическое пособие

Summary

Абдухалыков А.М.1., Садырханова Г.Ж.1, Искандирова Ә.Ж.1, Жаксыбаева Ж.Б.2
 Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы
 Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

БРОНХТЫҚ АСТМАНЫ ИННОВАЦИЯЛЫҚ КВАНТТЫҚ НАНОТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ӘДІСІМЕН ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА АЛЫНҒАН НӘТИЖЕЛЕР

One of a bronkhta dem_kpa қ Lambrusco of diseases (KS) it is frequent During value medicineless treatment methods quantum therapy of a method big. Studying of the program more 20th illness was received, they in the first group, and the second in group of technical raw materials on way treated the 10th illness medicinal in the way, sick two groups were also used quantum therapy of a method. Quantum therapy of the 10th session is created. Yielded the first results of a research, results the course of treatment and it is back slightly better, than in group in group, diseases control by results of treatment made more indicators of development indicators.

Keywords: bronkhta қ to a dem_kpa, quantum therapy, complex treatment, physical therapy, methodical instruction.

МРНТИ 76.29.42
УДК-611.817.1+612.827

Пулатов М.Д., Улугбекова Г.Д., Убайдуллаев Р.Л

Андижанский государственный медицинский институт . Андижан Республика Узбекистан

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

Резюме

Компенсаторно - восстановительные процессы во всех слоях коры мозжечка после ампутации протекают параллельно с деструктивными и характеризуются развитием гиперпластических и гипертрофических перестроек как со стороны нервных, так и нейроглиальных клеток, наиболее выраженные через 3 и 6 месяцев. Установлено, что при травматическом воздействии наиболее выраженные изменения выявляются в нейронах ганглионарного слоя, умеренные - в молекулярном, а наименьшие - в зернистом слое коры мозжечка. Высота нейронов с деформированными ядрами КПВПДМ после АПЗКС изменяется «клюшкообразно», наибольший показатель наблюдается на 7 сутки, а наименьший - на 3 месяце. Компенсаторно - восстановительные процессы во всех слоях коры мозжечка после ампутации протекают параллельно с деструктивными изменениями и характеризуются развитием гиперпластических и гипертрофических перестроек.

Ключевые слова: Ампутация, мозжечок, кора, нейрон, высота, ширина, морфометрия.

Актуальность проблемы: Одной из ведущих проблем современной нейроморфологии является выяснение закономерностей структурнофункциональной организации мозга, его интегративной деятельности и реализации пластических возможностей при экстремальных воздействиях. Аfferентные связи коры червя мозжечка со спинным мозгом, в основном, прямые (гомолатеральные), а связь полушарий большого мозга с полушариями мозжечка перекрестная [1]. Имеющиеся в литературе данные, выполненные на разнообразных моделях, носят фрагментарный характер и ограничиваются в большинстве своем описанием деструктивных и частично компенсаторно-восстановительных изменений отдельных нейронных популяций, преимущественно ганглионарного, молекулярного слоев коры и зубчатого ядра мозжечка [2. Использование адекватных приемов морфометрического анализа позволило сравнить изменения в коре различных долек мозжечка в разные сроки после ампутации задней конечности; выявлена разная степень выраженности реактивных и дистрофических изменений разных нейронных популяций. Установлено, что при травматическом воздействии наиболее выраженные изменения выявляются в нейронах ганглионарного слоя, умеренные - в молекулярном, а наименьшие - в зернистом слое коры мозжечка.

Цель исследования: Изучения компенсаторно восстановительных процессов во всех слоях коры мозжечка после ампутации. . Проведения комплексного анализа морфологического состояния нейронных популяций, всех слоев коры различных долек мозжечка, в динамике посттравматического периода.

Материалы и методы исследования: Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу

вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Морфометрические исследования проводились по методу Г.Г.Автандилову (1990), окраска препаратов по Нислю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики. При окраске по методу Нисля мозжечок погружали в 5% раствор нейтрального формалина на 1 сутки, а на 2-е сутки в 10% раствор нейтрального формалина на срок не менее 3-х недель.

До исследования мозжечок в течение 5 часов тщательно промывали в поточной воде. Затем вырезали кусочки толщиной 1x1x1 см, которые высушивали фильтровальной бумагой, помещали в спирты восходящей концентрации, абсолютный спирт, затем спирт - эфир и заключали в целлоидин. Из целлоидиновых блоков готовили непрерывные серии срезов в дорсо-вентральном направлении толщиной 8-10-12 мкм. Срезы окрашивали крезилфиолетом по методу Нисля в модификации Снесарева и гематоксилином и эозином. На препаратах изучали морфологические особенности и морфометрические параметры нейронов квадратугольной, верхней полулунной и тонзиллярный долек мозжечка у собак, перенесших ампутацию правой задней конечности и здоровых контрольных животных.

Затем с помощью микроскопа МБИ-6 изучали толщину молекулярного, ганглионарного и зернистого слоев. При этом определяли характер изменения клеток, окраски, формы, морфометрические параметры - высоту, ширину и плотность в норме и в патологически измененных нейронах, морфологические изменения структуры слоев мозжечка в разные сроки (7, 14, 30, 60, 90 и 180 сутки).

Результаты и их обсуждение: Результаты исследования показали, что высота набухших клеток Пуркинью верхней полулунной дольки мозжечка (КПВПДМ) на 7 сутки после ампутации конечности в обоих полушариях увеличилось в 1/10 раза (в правом - от $39,7 \pm 0,41$ до $43,85 \pm 0,34$ мкм, $P < 0,001$; в левом - от $39,0 \pm 0,67$ до $-5,8 \pm 0,42$ мкм, $P < 0,01$), затем уменьшаясь, справа через 2, слева - 3 месяца, становится почти одинаковой с контролем, а через 6 месяцев вновь незначительно увеличивается. Ширина набухших КПВПДМ в обоих полушариях на 7 сутки после АПЗКС, увеличивается в 1/10 раза (в левом - от $29,6 \pm 0,09$ до $33,4 \pm 0,43$ мкм, $P < 0,001$; в правом - от $29,4 \pm 0,52$ до $33,55 \pm 0,37$ мкм, $P < 0,001$). На 21 сутки показатель уменьшается: в правом полушарии в 1,6 раза ($P < 0,01$) в левом - в 1,4 раза ($P < 0,05$). В последующих сроках ширина КПВПДМ вновь увеличивается, наибольшей становится через 3 месяца (справа - до $36,7 \pm 0,45$ мкм, $P < 0,001$; слева - до $36,1 \pm 0,47$ мкм, $P < 0,001$), а через 6 месяцев вновь уменьшается.

Следует отметить, что характер изменений ширины набухших КПВПДМ в обоих полушариях после АПЗКС - «двухгорбный» (двухвершинный), вершины соответствуют 7 суткам и 3 месяцам и напоминают букву V. Ширина нейронов с набухшими ядрами КПВПДМ в правом полушарии после АПЗКС на 7 сутки увеличивается в среднем на 3,9 мкм (от $29,4 \pm 0,49$ до $33,3 \pm 0,49$ мкм, $P < 0,001$); в левом - на 2,7 мкм (от $29,6 \pm 0,09$ до $32,3 \pm 0,52$ мкм, $P < 0,001$), на 21 сутки резко уменьшается - слева в 1,3 раза ($P < 0,001$), справа - 1,4 раза ($P < 0,001$). Этот показатель сохраняется до 30 суток, затем вновь резко увеличиваясь на 2 и 3 месяцах, а на 6 месяце, незначительно уменьшаясь приближается к контролю. Таким образом, изменения ширины нейронов с набухшими ядрами КПВПДМ после АПЗКС носят «двухгорбный», двухвершинный характер, вершины соответствуют 7 суткам и 3 месяцу, напоминают букву V. Ширина наиболее интенсивно уменьшается на 3 неделе (на 21 сутки), а наиболее интенсивное изменение ширины происходит на 2 и 3 месяцах.

Исследования показали, что высота нейронов с деформированными ядрами КПВПДМ на 7 сутки после АПЗКС незначительно (в среднем на 1/10) увеличивается (в правом полушарии - от $39,7 \pm 0,41$ до $42,7 \pm 0,36$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $39,0 \pm 0,67$ до $42,3 \pm 0,36$ мкм; $P < 0,01$). Эта высота почти сохраняется до конца 2 месяца, на 3 месяце становится наименьшей, а к 6 месяцу слегка увеличивается. Высота нейронов с деформированными ядрами КПВПДМ после АПЗКС изменяется «кляшкообразно», наибольший показатель наблюдается на 7 сутки, а наименьший - на 3 месяце. Нейроны с деформированными ядрами КПВПДМ после АПЗКС менее изменчивы, чем набухшие нейроны и нейроны с набухшими ядрами. Ширина нейронов с деформированными ядрами КПВПДМ на 7 сутки после АПЗКС незначительно изменяется (в правом полушарии - от $29,4 \pm 0,52$ до $31,6 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,01$; в левом - от $29,6 \pm 0,09$ до $31,05 \pm 0,33$ мкм, $P < 0,01$), на 3 неделе (на 21 сутки) резко уменьшается - в 1,5 раза, ($P < 0,001$).

Этот параметр не изменяется и на 30 сутки, затем на 2 и 3 месяцах, резко увеличиваясь, становится наибольшим (в правом полушарии - до $35,35 \pm 0,25$ мкм; $P < 0,001$ в левом - до $35,4 \pm 0,31$ мкм, $P < 0,001$), а на 6 месяце - справа вновь уменьшается на 1/6 ($P < 0,001$), слева - на 1/10 ($P < 0,001$). Изменения ширины КПВПДМ, подвергшихся тотальному хроматолизу, в обоих полушариях после АПЗКС напоминают букву V, при этом наименьшие показатели обнаруживаются на 3 неделе (21 сутки), а наибольшие - на 2 и 3 месяцах. Установлено, что ширина гиперхромно окрашенных КПВПДМ после АПЗКС изменяется в виде буквы V, при этом наибольшее уменьшение отмечается на 3 неделе (21 сутки), а интенсивное увеличение на 2 и 3 месяцах. Мы согласны с мнением о том, что при воздействии на организм крысы вибрации через 7 сутки значительно увеличивается количество гиперхромных нейронов [4] наблюдали такую же картину после 1 и 3 суток. Это положение почти совпадает с нашими данными, в наших исследованиях увеличивалось

количество не только гиперхромных, но и других групп нейронов. Полученные нами данные показали, что высота и ширина патологически измененных нейронов коры изученных долек мозжечка изменяются волнообразно, что согласуются с данными [5]. Изучив высоту и ширину патологически измененных нейронов хвостатого и чечевицеобразного ядер после АПЗКС авторы также установили, что патологически измененные нейроны изменяются гетерохронно и гетеродинамично. Полученные данные согласуются с результатами исследований [6] и подтверждают описанную в литературе детерминированность количественных соотношений нейронов мозжечка, их топографию и функциональные взаимоотношения.

Выводы: Компенсаторно - восстановительные процессы во всех слоях коры мозжечка после ампутации протекают параллельно с деструктивными и характеризуются развитием гиперпластических и гипертрофических перестроек как со стороны нервных, так и нейроглиальных клеток, наиболее выраженные через 3 и 6 месяцев.

Литература

1. Васильева В.А., Шумейко Н.С. Цитоархитектоника сенсомоторной и зрительной областей коры большого мозга человека в онтогенезе. //Морфология.- Санкт-Петербург, Эскулап, 2004.-Том 126,-№4.-С.26.
2. Содикова У.М., Косимхожиев М.И. Структурные изменения зубчатого ядра мозжечка у собак через месяц после ампутации конечности //Материалы 41-научн.- практ.конф. студентов и молодых ученых, посвящ. году «Доброты и милосердия».- Андижан, 2015. - С. 13-14.
4. Сергеева Е.Д., Семченко В.В. Межнейронные взаимоотношения в коре мозжечка в постреанимационном периоде //Анестезиология и реаниматология. - Москва, 1995. - № 5. - С.56-58.
5. Умурзаков К.Ж., Косимхожиев М.И., Изменения объема нейронов и хвостатого ядра мозга через один месяц после ампутации конечности у собаки //Сборн. научн. трудов. "Актуальные проблемы морфологии" - Красноярск, 2015. - С. 203-204.
6. Сергеева Е.Д. Структурные особенности нарушения в постишемическом периоде //Омский научн. вестник. - Омск, 2004. - Т.26. вып.1. - С.89-90.

Summary

Pulatov MD, Ulugbekova GD, Ubaidullaev R.L

Andijan State Medical Institute. Andijan Republic of Uzbekistan

MORPHOLOGICAL CHANGES OF NEURONS OF A SQUARE-ANGLE SEAT OF THE CEREBELLUM AFTER LIMP AMPUTATION

Compensatory - restorative processes in all layers of the cerebellar cortex after amputation proceed in parallel with destructive ones and are characterized by the development of hyperplastic and hypertrophic rearrangements from both nerve and neuroglial cells, most pronounced after 3 and 6 months. It has been established that during traumatic exposure, the most pronounced changes are detected in the neurons of the ganglionic layer, moderate in the molecular, and the smallest in the granular layer of the cerebellar cortex. The height of neurons with deformed KPVPM nuclei after AFZKS changes "stick", the highest indicator is observed for 7 days, and the smallest - for 3 months. Compensatory - restorative processes in all layers of the cerebellar cortex after amputation proceed in parallel with destructive changes and are characterized by the development of hyperplastic and hypertrophic rearrangements.

Key words: Amputation, cerebellum, cortex, neuron, height, width, morphometry.

Түйін

Пулатов М.Д., Улугбекова Г.Д., Убайдуллаев Р.Л.

Андижан мемлекеттік медицина институты. Андижан Өзбекстан Республикасы

ШЕТКЕРІ МҮШЕЛЕР АМПУТАЦИЯСЫНАН КЕЙІН МИШЫҚТАҒЫ ТӨРТБҰРЫШТЫ БӨЛКТЕГІ НЕЙРОНДАРДЫҢ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Бұл ампутациядан кейін барлық корпоральды кортекстің түзету процесі және ол 3 және 6 айдан кейін анықталған. Церебральды корпустың қозғалысы церебральды корпустың қозғалысы кезінде белгіленді. Көрсетілгендей, ол 7 күн бойы байқалады, және ол 3 ай. Amputation Survival және Hypertrophic регенерацияларынан кейінгі компенсаторлық түзеткіш кортекс.

Кілт сөздер: ампутация, миы, кортекс, нейрон, биіктігі, ені, морфометриясы.

МРНТИ 76.29.48

УДК:618.16–008.8:616.181.1-03

Н.Г. Ашурова, И.И. Тошева, М.М. Рахматуллаева

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ БЕЗВОДНОМ ПЕРИОДЕ

Резюме

В данной статье представлены данные исследования 72 женщин во время родов с внутриутробным разрывом околоплодных вод, полученных Бухарским областным перинатальным центром за период 2017 года. Характер трудовой деятельности контролируется на основе гемодинамических и лабораторных показателей. Всем женщинам с пренатальным разрывом амниотической жидкости было проведено вагинальное обследование для оценки зрелости шейки матки по шкале Бишопа, проведена цервикометрия с использованием ультразвука. Исследования показали, что готовность родового канала 44% беременных с пренатальным разрывом околоплодных вод в период с 37 до 41 недели беременности оцениваются по шкале Бишопа незрелой.

Ключевые слова: индукция родов, пренатальный отток, околоплодные воды, шейка матки, беременность

Актуальность проблемы: Околоплодные воды, или амниотическая жидкость, являясь биологически активной средой, окружающей плод на протяжении всей беременности, выполняют самые разнообразные функции, обеспечивая нормальное функционирование системы «мать-плацента-плод»[5]. По данным авторов, [7] роды на фоне родового разрыва плодных оболочек часто сопровождаются аномалиями родовой деятельности, атоническими кровотечениями, высокими показателями травматизации мягких тканей родовых путей.

Дородовое излитие околоплодных вод (ДИОВ) является серьезной проблемой современного акушерства. Частота родового разрыва плодных оболочек колеблется в широких пределах: от 5 до 19,8% случаев при доношенной беременности [4]. Роды и послеродовый период могут осложниться различными гнойно-септическими осложнениями, как у матери, так и для плода, аномалиями родовой деятельности, который в итоге приводит к росту оперативных вмешательств [1]. Кесарево сечение, по сравнению с вагинальными родами, не улучшает исходов для плода и увеличивает материнскую заболеваемость.

Распространённость родового разрыва плодных оболочек не имеет тенденции к снижению и составляет 2,7-19% [1]. Нередко родовый разрыв плодных оболочек и раннее излитие околоплодных вод нарушают нормальное течение беременности, родов и может привести к таким осложнениям, как затянувшиеся латентная и активная фаза родов, развитие гипоксии, инфицирование матери и плода[2]. Большую угрозу для матери представляет хориоамнионит, который ухудшает течение и исход родов.

Причины родового излития околоплодных вод, несмотря на многочисленные исследования, окончательно не установлены, хотя ведущим фактором данного осложнения считают инфицирование. [8]. Дородовое излитие околоплодных вод и затягивание безводного промежутка чаще приводит к осложнениям родового акта (быстрым и стремительным родам, слабости и дискоординации сократительной деятельности матки), что усугубляет состояние плода и в ряде случаев требует оперативного родоразрешения [2].

Daneshmand и соавт., (2002) пришли к выводу, что морфо — функциональные, физиологические и биохимические изменения в генитальном тракте во время беременности приводят к тому, что вагинальная микрофлора становится более однородной, с выраженным доминированием лактобактерий, приводящее к снижению вероятности контаминации плода условно-патогенными микроорганизмами при его прохождении через родовые пути. Но роды приводят к существенным изменениям качественного и количественного состава микрофлоры влагалища. Существенно увеличиваются количества неспорообразующих грамотрицательных строгих анаэробов (преимущественно бактероидов) эшерихий и снижаются уровни лактобактерий и бифидобактерий. Нарушения нормальной вагинальной микрофлоры способствуют развитию такого инфекционного осложнения, как эндометрит. Один из механизмов поддержания нормальной микрофлоры влагалища связан с образованием лактобактерий в процессе их метаболизма молочной кислоты и других органических кислот, поддерживающих низкий рН влагалищной среды. Следовательно, при этом возрастает возможность инфицирования плода и матери.[8]

Цель исследования: Целью нашего исследования явилось разработка рациональной тактики ведения родов для уменьшения акушерских и перинатальных осложнений при дородовом излитии околоплодных вод путём изучения состояния готовности родовых путей по шкале Бишоп.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 72 беременных, роды у которых осложнились с ДИОВ в сроках 37-40 недель гестации, поступившие в Бухарский областной перинатальный центр за период 2017 года. С помощью анамнестических, клиничко-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного. Была проведена оценка готовности родовых путей по шкале Бишоп. По Национальному стандарту ведения больных с ДИОВ после 18 часов безводного промежутка проведена антибактериальная терапия с целью профилактики гнойно-септических осложнений у родильниц. При отсутствии родовой деятельности родовые пути у рожениц с ДИОВ осмотрены через 24 часа с целью решения вопроса о целесообразности индукции родов. Характер родовой деятельности контролировали на основании ведения партограмм. Проведено: наблюдение за гемодинамическими показателями, ведение листа наблюдения, измерение тела через каждые 4 часа, лабораторный контроль 1 раз в сутки, общий анализ мочи, анализ влагалищных выделений. Проведено УЗИ матки и плода, цервикометрия, мониторинг за ритмом и частотой сердцебиения плода, общего состояния роженицы. Учитывая высокую чувствительность к ампициллину бактерий влагалища и шейки матки, по протоколу применялся данный антибактериальный препарат. Состояние плода оценивали по данным ультразвукового исследования и кардиотокографии (КТГ), а состояние новорожденного при рождении - по шкале Апгар. Фетальный мониторинг в родах проводили аппаратом «Согometrics 170».

Результаты и их обсуждение: Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. Преобладала анемия лёгкой и средней степени тяжести (72,2%), заболевания щитовидной железы (33,3%) и варикозная болезнь (25%). Каждая третья женщина (32%) перенесла инфекционные заболевания при данной беременности в основном в виде ОРВИ, обострение хронических синуситов, циститов, пиелонефритов. У 16,7% беременных эпизоды ОРВИ в течение беременности повторялись многократно. Среди перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего диагностированы кольпиты различной этиологии, которые составили 43%. 72,2% женщины в анамнезе указывали на перенесенные воспалительные заболевания генитального тракта. В основном это проявилось в виде дрожжевых, трихомонадных и банальных кольпитов, эндометритов и аднекситов. 19,4% женщины лечились по поводу цервицитов и эрозий шейки матки. По предыдущим анализам влагалищных мазков у 43% женщины имели 3 и 4 степень чистоты влагалищных мазков.

У всех женщин с дородовым излитием околоплодных вод проведено влагалищное исследование с целью оценки зрелости шейки матки по шкале Бишоп. Оценка проведена по 5 критериям.

Таблица 1 - Оценка зрелости шейки матки по Шкале Бишоп

Признаки	Баллы			
	0	1	2	3
Раскрытие	<1	1-2	3-4	>5
Длина (стаж)	>4см	2-4см	1-2см	<1см
Консистенция	Плотная	Средняя	Мягкая	-
Положение шейки	Кзади	Центрирована	-	-
Предлежащая часть	-3 или выше	-2	-1 или 0	+1 или ниже

Выявлено, что 61,1% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положение шейки матки и состояние предлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось, как «незрелая шейка». А у 38,9% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка».

Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу ОПЦ. У беременных с «незрелой» шейкой предложена индукция родов Гландином Е 2, 3 мг по 1 таблетке интравагинально после информированного согласия беременной и родственников. Проведена беседа о возможных осложнениях родовозбуждения. Во время индукции проводилось мониторинг сердцебиений плода и маточной активности. Родовые пути переоценены через 8 часов для уточнения необходимости продолжения индукции. У беременных с «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой до разыгрывания регулярной родовой деятельности или консилиумом врачей решён вопрос о родостимуляции окситоцином. 58,3% беременные родоразрешены через естественные родовые пути. Новорождённые, родившиеся от матерей с ДИОВ оценивались по шкале Апгар в среднем на 6 баллов.

По изучению течения послеродового периода выявлено, что у большинства из этих случаев осложнились септическими проявлениями. Осложнения проявились в виде хориоамнионита, эндометрита, нагноения ран промежности и после кесарево сечения. В 2-х случаях зарегистрирована материнская смертность.

Таким образом, исследования показали, что у большинство рожениц с дородовым разрывом плодных оболочек готовность шейки матки оценивалось до 5 баллов, что означало «неподготовленность» родовых путей к родам. Из этого числа 58,3% рожениц подверглись родовозбуждению после информированного согласия роженицы и её родственников. 22,2% роженицы имели относительные или абсолютные противопоказания к родовозбуждению и родостимуляцию. Остальные 19,4% роженицы отказались от родовозбуждения, которым как дальнейшая тактика родоразрешения выбрано кесарево сечение. Изучение послеродового периода показало, что у 26,4% женщин наблюдались такие осложнения как лохиометра и гематометра, проявляющимся в виде субинволюции матки, обоснованными клиническими данными и ультразвуковыми исследованиями. У 18,1% женщин наблюдались вторичное заживление ран мягких родовых путей. У 2,8% женщин послеродовый период протекал признаками обострения хронических воспалительных заболеваний генитального тракта.

Выводы: Таким образом длительный безводный период является фактором повышения инфицирования, который приводит к увеличению акушерской и перинатальной патологии, увеличение заболеваемости новорожденных и родильниц в послеродовом периоде. Роды в этом случае не всегда заканчивается благоприятно для плода и матери. Роды и послеродовый период могут иметь: опасность развития гнойно-септических осложнений у матери, аномалий родовой деятельности и внутриутробного инфицирования плода. Кроме этого родовозбуждение может оказаться неэффективным, что приводит к росту частоты оперативных вмешательств.

Литература

- 1.Абрамченко В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей /В.В. Абрамченко. СПб.: спецлит,2003-664 с.
2. Азарова Т.Е. Клиническая оценка готовности организма женщины к родам по состоянию перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы. Автореф. дис. к.м.н. - Ростов н/Д - 1995 - 22 с.
3. Айвазяна Т.А. Особенности сократительной деятельности матки при угрозе прерывания беременности и преждевременных родах Автореф. дис. к.м.н. - Ленинград. - 1972.- 18 с.
4. Айламазян Э.К. Современное состояние проблемы перинатальных инфекций // Вестн. Росс, ассоц. акуш.-гин.-1995.-№2.- С.3 11.
- 5 Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. Медицинское информационное агентство. 1. Москва, 2005.
6. Варфоломеев Д.И., Гендель М.Г. Особенности сократительной активности матки при преждевременном излитии околоплодных вод у первородящих. // Акуш. игин. 1984. - № 7. - С.33 - 35.
7. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. Москва, 2004.
8. Камышников В. С. Клинические лабораторные тесты от А до Я и их диагностические профили.// Москва, 2005.
9. Кондратьева Е.Н. Патогенез, диагностика и профилактика осложненного течения беременности и родов при патологии околоплодной среды:автореф. дис.д.м.н.:14.00.01 Е.Н.Кондратьева.Москва,1999-36 с.
10. Савельева Г.М. Акушерство. Москва. «Медицина», 2000г.-С. 325-326 с.

Түйін

Н.Г. Ашурова, И.И. Тошева, М.М. Рахматуллаева

Абу Али ибн Сино атындағы Бұхара мемлекеттік медициналық институты, Бұхара, Өзбекстан

Ұзақ сусыз болған кезеңдегі акушерлік асқынулар

Мақалада 2017 жылғы кезеңде Бухара облыстық перинатальды орталықта 72-әйел жүктілердің босану кезіндегі шарана маңы суының кетуіне байланысты бақылауы жасалған. Олардың еңбек қызметі гемодинамикалық және лабораторлық көрсетпелері бойынша бақыланады. Пренатальды амниотикалық сұйықтықтың бұзылуы дамыған барлық әйелдер жарақат алу деңгейін бақылау үшін вагинальды тексеруденоткізілді жатыр мойыны жетілуі Бишоп шкаласы бойынша сыналды, ультрадыбысты қолдану арқылы цервикометриямен қамтамасыз етілді. Тексеру жүктілігі 37-ден 41-ке апталық кезеңдегі барлық әйелдердің 44% астамының Бишоп бойынша босану жолдарының жетілмегендігін көрсетті

Кілт сөздер: босану индукциясы, шарана маңы суы, пренатальды ағуы, жатыр мойыны, жүктілік

Summary

N. Ashurova, I. Tosheva, M. Rakhmatullaeva

Bukhara state medical institute named after Abu Ali ibn Sino, Uzbekistan

OBSTETRIC COMPLICATIONS IN THE LONG ANHYDROUS PERIOD

This article presents the research data of 72 women in childbirth with prenatal rupture of amniotic fluid received by the Bukhara regional perinatal center for the period of 2017. The nature of labor activity is controlled on the basis of hemodynamic and laboratory parameters. All women with prenatal rupture of amniotic fluid were given a vaginal examination to assess the maturity of the cervix on the Bishop scale, carried out cervicometry using ultrasound. Studies have shown that the readiness of the birth canal 44% of pregnant women with prenatal rupture of amniotic fluid in the period from 37 to 41 weeks of pregnancy are estimated on the Bishop immature scale.

Key words: induction of labor, prenatal outflow of amniotic fluid, cervix uteri, pregnancy.

МРНТИ 76.29.51

УДК:611-01:611-018:611.813.3-013

Пулатов М.Д., Улугбекова Г.Ж., Убайдуллаев Р.Л.,

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Республика Узбекистан

ОБЪЁМ ТЕЛ НЕЙРОНОВ ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ

Резюме

Одной из актуальных проблем современной медицины является изучение внутримозговых структур с учетом возраста. Кроме того, они имеют большое теоретическое и практическое значение. Результаты показали, что параметры изученных образований достигают максимального значения к концу юношеского возраста. Во внутреннем слое лежат полигональные, овальные и веретенообразные клетки, размеры их несколько увеличены. Наиболее интенсивные изменения параметров коры гиппокампа человека происходят у детей первого года жизни. У людей от рождения до конца юношеского возраста рост и развитие параметров коры и нейронов в разных возрастных периодах и в разных слоях коры гиппокампа протекает с различной интенсивностью.

Ключевые слова: Гиппокамп, лимбическая система, головной мозг, онтогенез, цитоархитектоника, кора.

Актуальность проблемы: Гиппокамп головного мозга относящиеся к структурам лимбической системы, также как и энторинальная область головного мозга активно принимает участие в формировании долгосрочной и краткосрочной памяти человека. Лимбическая система головного мозга является полифункциональным образованием и его следует рассматривать как центр интеграции вегетативных и соматических компонентов реакций более высокого уровня – эмоциональных и мотивационных состояний, сна, ориентировочно – исследовательской активности. Гиппокамп мозга также изучен многими учеными [1,5]. Но имеющиеся данные по изучению цитоархитектоники гиппокампа в различных периодах постнатального онтогенеза разрознены, разноречивы, кроме того исследования проводились больше на эксперименте на животных [7]. Поэтому изучение возрастных особенностей строения гиппокампа у человека имеет немалое теоретическое и практическое значение.

Цель исследования: является изучение роста и развития цитоархитектоники коры гиппокампа человека от рождения до конца юношеского возраста.

Материалы 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 Нислю 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 и их обсуждения: Исследования показали, что у новорожденных детей наружный слой коры гиппокампа представлен мало окрашенными овальными округлыми и полигональными клетками

различных размеров. Клетки располагаются беспорядочно, образуя разных размеров клеточные скопления. Толщина слоя равняется $133,3 \pm 5,3$ мкм слева, $136,6 \pm 5,8$ мкм справа. В среднем слое имеются в основном пирамидные клетки, кроме них видны овальные и полигональные клетки. Толщина слоя слева равен $280,0 \pm 16,6$ мкм и справа - $226,6 \pm 15,7$ мкм. Внутренний слой характерен расположением, в основном, округлых и овальных клеток, нейроны мало окрашены. Толщина слоя слева равняется $306,6 \pm 12,7$ мкм, а справа $226,6 \pm 11,7$ мкм. У детей первого года жизни отмечается интенсивный рост и развитие коры и увеличение всех параметров нейронов. Наружный слой, в отличие от предыдущего возраста, несколько расширяется, клетки более интенсивно окрашены, размеры их несколько увеличены. Толщина слоя слева $144,6 \pm 7,0$ мкм, справа $147,3 \pm 8,3$ мкм. Средний слой состоит из трех- и четырехугольных клеток. Количество пирамидных клеток увеличивается. Они более интенсивно окрашены. Клетки располагаются, образуя клеточные столбики, длинники которых обращены к низу, между которыми имеются участки просветления. Средний слой имеет толщину слева $280,0 \pm 15,8$ мкм, справа $240,0 \pm 16,3$ мкм. Во внутреннем слое лежат полигональные, овальные и веретенообразные клетки, размеры их несколько увеличены. Толщина внутреннего слоя левого полушария равняется $320,0 \pm 11,9$ мкм, правого $306,6 \pm 12,1$ мкм. В периоде раннего детства (1-3 года) отмечается дальнейший рост и развитие коры и ее отдельных слоев, а также увеличение размеров нервных клеток. На наружном слое располагаются треугольные и многоугольные клетки, появляются единичные звездчатые клетки. Они интенсивно окрашены. Клетки образуют клеточные островки. Толщина наружного слоя слева резко увеличивается и достигает $173,3 \pm 11,7$ мкм, справа $153,3 \pm 9,8$ мкм. В среднем слое отмечается также резкое увеличение толщины, который равняется в левом полушарии $386,6 \pm 17,1$ мкм, в правом $373,3 \pm 17,7$ мкм. Нейроны интенсивно окрашены, размеры продолжают увеличиваться. Формы нейронов многоугольные, звездчатые и пирамидные. Внутренний слой отличается диффузным расположением клеток. В этом слое лежат овальные, вытянутые и неправильной формы клетки. Толщина слоя слева варьирует в пределах $293,3 \pm 10,0$ мкм, справа - $306,6 \pm 12,1$ мкм. У детей первого детства (4-7 лет) кора гиппокампа обладает признаками, которые характерны для взрослых людей. Размеры клеток продолжают увеличиваться, они интенсивно и равномерно окрашены по всей цитоплазме. Толщина наружного слоя слева равняется $168,7 \pm 9,6$ мкм, справа $160,0 \pm 12,1$ мкм, среднего соответственно: $373,3 \pm 16,8$ мкм и $346,6 \pm 15,8$ мкм, внутреннего $320,0 \pm 13,3$ мкм и $280,0 \pm 11,1$ мкм. Во втором периоде детства (8-12 лет) в наружном слое располагаются разной формы клетки: многоугольные, овальные и звездчатые. Нейроны интенсивно окрашены. Толщина слоя равняется слева $165,6 \pm 8,1$ мкм, справа $162,8 \pm 11,9$ мкм. Средний слой отличается разрежением и увеличением размеров клеток, они интенсивно окрашены, имеют пирамидную, многоугольную форму. Слой имеет толщину слоев в пределах $440,0 \pm 18,2$ мкм, справа $426,6 \pm 18,3$ мкм. Цитоархитектоническая картина внутреннего слоя во втором детстве мало отличается от предыдущего возраста, состоит из вытянутых, овальных и многоугольных клеток. Толщина равна слева $320,0 \pm 14,5$ мкм, справа $293,3 \pm 12,4$ мкм. В подростковом возрасте (13-16 лет) толщина наружного слоя в постнатальном онтогенезе равняется в левом полушарии $174,5 \pm 10,6$ мкм, в правом $171,7 \pm 13,3$ мкм. Остальные показатели слоя мало отличаются от таковой предыдущего возраста. Средний слой имеет толщину слева $493,3 \pm 20,4$ мкм, справа $440,0 \pm 18,9$ мкм, внутренний соответственно: $306,6 \pm 13,1$ мкм и $320,0 \pm 14,7$. В юношеском возрасте во всех слоях параметры коры и нейронов гиппокампа мозга человека достигают наибольшего показателя. Нервные клетки имеют различные формы, интенсивно окрашены. Наружный слой имеет толщину в пределах слева $166,6 \pm 8,7$ мкм, справа $169,1 \pm 12,2$ мкм, средний слой соответственно: $426,6 \pm 17,6$ и $453,3 \pm 17,6$ мкм, внутренний - $346,6 \pm 15,6$ и $346,8 \pm 13,3$ мкм. Таким образом, по нашим данным наиболее интенсивный рост параметров коры наблюдается в течение первого года жизни, который совпадает с данными исследований ряда авторов [2,8], указавших на то, что во всех областях, без исключения, скорость роста коры наиболее интенсивна на первом году жизни. В результате наших исследований выявлено, что цитоархитектоническая картина гиппокампа мозга у детей 7 лет обладает признаками, характерными таковыми у взрослых людей. Это обстоятельство согласуется с результатами исследования других авторов [7], указавших переломные этапы в росте и развитии полей коры головного мозга человека, которые происходят до 7 лет жизни ребенка.

Выводы: Наиболее интенсивные изменения параметров коры гиппокампа человека происходят у детей первого года жизни. Цитоархитектоническая картина коры гиппокампа ребенка 7 лет обладает признаками, характерными для мозга взрослых людей. У людей от рождения до конца юношеского возраста рост и развитие параметров коры и нейронов в разных возрастных периодах и в разных слоях коры гиппокампа протекает с различной интенсивностью.

Литература

1. Боголепова И.Н. «Онтогенез звеньев лимбической системы мозга человека и обезьян». - М., Медицина, 1978. - С. 246-247.

2. Боголепова И.Н. «Морфометрические особенности индивидуального строения мозга человека». (Неврология и психиатрия). – 182-Вып., 7. – С. 12-14.
3. Макаров Ф.Н., Макарова Л.А. «Морфологическая организация нейронных группирований в 17-м поле зрительной коры кошки» // Материалы конференции «Механизмы структурной функциональной и нейрохимической пластичности мозга». - М., 1999. – С. 58.
4. Мерков А.М., Поляков Л.Е. «Санитарная статистика». – Л.: Медицина, 1974. – С. 383.
5. Рыбаков В.П. «Индивидуальные особенности строения коры большого мозга и мозжечка человека в онтогенезе». // Морфология. – Санкт-Петербург., 1996. – С. 86.
6. Самойлов М.О., Мокрушин А.А., Романовский Д.Ю. «Участие эндогенных нейромодулярных пептидов в механизмах регуляции долговременной потенции синаптической передачи в средах обонятельной коры мозга». // Материалы конференции «Механизмы структурной функциональной и нейрохимической пластичности мозга». – М., 1999. – С. 90.
7. Семенова Л.К., Васильева В.А., Шумейко Н.С. «Цитоархитектоника зрительной и соматосенсорной коры головного мозга детей от рождения до 7 лет». // Новые исследования по возрастной физиологии – М., 1987. - №1 (28). – С. 44-47.
8. Семенова Л.К., Васильева В.А., Цехмистренко Т.А. «Структурные преобразования коры большого мозга человека в постнатальном онтогенезе» // Структурно-функциональная организация развивающегося мозга. – Л.: Наука, 1990. – С. 8-44.

Түйін

Пулатов М.Д., Улугбекова Г.Ж., Убайдуллаев Р.Л.,

Андижан мемлекеттік медицина институты. Андижан Өзбекстан Республикасы

АДАМ МИЫНЫҢ ОНТОГЕНЕЗ КЕЗІНДЕГІ ГИПОКАМП НЕЙРОН ДЕНЕСІНІҢ КӨЛЕМІ

Заманауи медицинадағы өзекті мәселелердің бірі жасына қатысты интрацеребральды құрылымдарды зерттеу болып табылады. Бұдан басқа, олар теориялық және практикалық маңызды. Нәтижелер жасөспірімнің аяқталуымен зерттелген құрамдардың параметрлері максималды мәндеріне жеткендігін көрсетті. Ішкі қабаттағы полигональды, сопақ және шпindelьді пішінді жасушалар бар, олардың өлшемдері сәл артады. Адамның алғашқы гиппокампусының қыртысының параметрлеріндегі ең қарқынды өзгерістер өмірдің бірінші жылындағы балаларда орын алады. Туғаннан бастап жасөспірімдікке дейінгі жастағы адамдарда әртүрлі жас кезеңдерінде және әртүрлі қабаттарда кортекспен нейрондық параметрлердің өсуі мен дамуы әртүрлі қарқындылықпен жүреді.

Кілт сөздер: Гиппокампус, лимбиялық жүйе, ми, онтогенез, цитархитектура, кортекс.

Summary

Pulatov MD, Ulugbekova G.Zh., Ubaidullaev R.L.,

Andijan State Medical Institute. Andijan Republic of Uzbekistan

VOLUME OF BODIES OF NEURONS OF HIPPOCAMP OF THE HUMAN BRAIN IN ONTOGENESIS

One of the most urgent problems in modern medicine is the study of intrauterine structures related to the age. In addition, they are theoretical and practical. The results showed that the parameters of the studied compounds at the age of adolescence reached their maximum values. There are polygonal, oval and spindle shaped cells on the inner layer, slightly increased in size. The most intense changes in the first hippocampus cortex parameters occur in children in the first year of life. Growth and development of cortex and neuronal variations occur in different age groups and at different levels in adolescents from birth to birth, with varying intensity.

Key words: Hippocampus, limbic system, brain, ontogenesis, cytoarchitecture, cortex.

МРНТИ 76.29.48
УДК:618.17 – 008.8: 616.153.1 – 08

Н.Г. Ашурова, Г.Ш. Мавлонова, М.М. Жумаева

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухаро, Узбекистан

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Резюме

В данной статье представлены результаты исследований девушек с ювенильным маточным кровотечением (ЮБ). Материалом стали результаты исследования гонадотропных гормонов у 22 здоровых девушек и 28 с ЮБ, у людей в возрасте 12-16 лет. Результаты показали, что уровень гонадотропных гормонов у девочек с ЮБ был значительно ниже, чем у здоровых девочек. Это диктует необходимость комплексного изучения включения гормонального статуса у девушек с различными нарушениями менструального цикла.

Ключевые слова: гормоны, ювенильное маточное кровотечение, менструальная функция, половые гормоны, репродуктивная система.

Актуальность проблемы: Пубертатный период является завершающим в развитии половых органов и становления менструальной функции. В этот период в гипоталамо-гипофизарной области совершенствуется координация секреции гонадотропных гормонов, но все еще превалирует секреция ФСГ и недостаточно выделяется ЛГ [10]. Функциональное созревание структур переднего гипоталамуса происходит от 10 до 16 лет. Циклический и регулярный характер выделения гонадотропинов устанавливается к 15-16 годам [2,4,8, 13]. Среди нарушений функции репродуктивной системы в период полового созревания одно из наиболее частых форм являются ювенильные маточные кровотечения (ЮМК). Они нередко приводят в последующем к стойким нарушениям менструальной и генеративной функций, гормонально обусловленным заболеваниям.[13]. Частота нозологии в структуре гинекологических заболеваний колеблется от 10-до 37,5%. Однако истинная распространённость ЮМК намного выше, поскольку очень часто состояние скрывается самой девушкой, либо недооценивается её родителями. По данным разных авторов, частота их в возрасте 14 – 16 лет составляет до 43% среди всех видов нарушений менструального цикла. [3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12].

Приведенные данные обследования девочек с ЮМК, так же как и многочисленные данные литературы подтверждают, что при становлении репродуктивной системы ее функция еще не является причиной, и поэтому воздействие любых неблагоприятных факторов, а особенно инфекционных и хронических заболеваний, может приводить к срывам в функции репродуктивной системы, прежде всего менструальной функции. По данным ряда авторов [1,11,12]причины нарушения овуляции многочисленны.

Цель исследования: Целью нашего исследования явилось изучить уровни половых гормонов у здоровых и девочек с ювенильными маточными кровотечениями.

Материалы и методы исследования: Материалом явилось результаты исследования гормонов гипофизарно-яичниковой системы у 22 здоровых девочек и 28 с ЮМК в возрасте 12-16 лет (табл. 1). Для проведения гормональных исследований (лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол, пролактин, прогестерон) мы использовали диагностическую радиоиммунную систему стандартными коммерческими наборами “IMMUNOTECH”(Чехия), предназначенные для исследований их в плазме крови.

Как видно из таблицы 1, показатели ЛГ в крови девочек контрольной группы колеблется довольно широких пределах в зависимости от возраста и от дня менструального цикла. Так, у здоровых девочек в возрасте 12 лет уровень ЛГ в первой половине цикла составляет $5,4 \pm 0,3$ МЕ./л, который во второй фазе снижается до $4,9 \pm 0,28$ МЕ/л ($P < 0,05$). У девочек в возрасте 13 лет концентрация этого гормона имеет тенденцию к повышению, однако в зависимости от фазы цикла колеблется незначительно; $5,8 \pm 0,4$ МЕ./л в первой и $5,9 \pm 0,46$ МЕ/л во второй фазе менструального цикла ($P > 0,05$). В 14 лет у здоровых девочек содержание ЛГ в I фазе цикла составляет $5,2 \pm 0,34$ МЕ./л, концентрация которого во II фазе увеличивается до $8,2 \pm 0,64$ МЕ/л ($P < 0,05$). У девочек в возрасте 15 лет концентрация ЛГ в I фазе цикла составляет $5,5 \pm 0,42$ МЕ/л, а во II фазе его уровень увеличивается почти в 5 раз, составляя $19,0 \pm 1,1$ МЕ/л ($P < 0,001$). Такая же динамика наблюдается у девочек в возрасте 16 лет: соотв. $5,6 \pm 0,37$ и $19,8 \pm 1,2$ МЕ./л ($P < 0,001$).

Таблица 1- Показатели гормонов гипофизарно-яичниковой системы у здоровых девочек и с ЮМК в возрасте 12-16 лет

Гормоны	Возраст обследуемых									
	12		13		14		15		16	
	Фазы цикла									
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
ЛГ МЕ./л	5,4±0,3	4,9±0,28	5,8±0,4	5,9±0,46	5,2±0,34	7,8±0,64	5,5±0,42	19,0±1,1	5,6±0,37	19,8±1,2
	3,2±0,26	3,4±0,22	3,6±0,19	4,1±0,31	3,8±0,27	5,3±0,39	3,7±0,19	5,6±0,41	4,5±0,33	9,1±0,78
ФСГ МЕ./л	7,2±0,61	5,6±0,47	4,8±0,26	3,8±0,17	3,6±0,22	2,8±0,27	3,6±0,26	3,8±0,2	4,9±0,3	7,3±0,57
	2,8±0,18	2,6±0,16	3,1±0,22	3,4±0,27	2,8±0,2	2,5±0,2	3,0±0,28	2,8±0,19	3,5±0,31	3,8±0,26
Эстрадиол (пмол/л)	189±14,3	310±48,2	318±18	280±21	280±24	365±26	295±24	380±24	389±36	455±34,6
	104±7,8	233±16,3	156±11,4	203±16,2	212±14,8	231±17,6	248±18,4	270±20,4	362±26,4	409±31,6
Пролактин (нмоль/л)	180±28,7	310±37,2	328±26,3	319±22,8	310±27,4	390±21,3	250±26,3	315±27,2	266±19,7	510±46,2
	159±0,4	206±16,3	187±14,3	224±14,6	295±20,3	356±27,4	240±19,6	302±23,7	228±19,3	315±26,3
Прогестерон (нмоль/л)	1,1±0,09	3,9±0,22	1,7±0,08	0,6±0,05	2,0±0,17	18±1,2	2,1±0,19	19,7±1,6	2,0±0,1	15,6±1,2
	0,9±0,06	1,8±0,08	1,2±0,09	0,7±0,095	1,6±0,01	10,2±0,9	1,9±0,09	12,3±1,3	2,0±0,07	13,4±1,6

Примечание: * - P < 0,05; ** - P < 0,01 по сравнению с показателями здоровых девочек.
В числителе показатели здоровых, в знаменателе показатели девочек с ЮМК.

Показатели ЛГ у девочек с ЮМК достоверно снижены по сравнению с аналогичными данными здоровых (P<0,05-0,01). Но при этом закономерность колебания этого гормона в зависимости от фазы цикла в целом сохраняется. Так, у девочек в возрасте 12 лет концентрация ЛГ в первой фазе цикла составляет 3,2±0,26 МЕ/л, во второй – 3,4±0,2 МЕ/л (P>0,05). Однако, у девочек в возрасте 13 лет уровень этого гормона начинает возрастать: 3,6±0,19 МЕ/л в I и 4,1±0,31 МЕ/л (P<0,05). Такая же динамика отмечается у девочек в возрасте 14, 15 и 16 лет: 3,8±0,27 в I и 5,3±0,39 МЕ/л ±0,42 МЕ/л, во II фазе цикла у девочек в возрасте 14 лет, 3,7±0,19 и 5,6±0,41 МЕ/л – 15 лет, 4,5±0,33 и 9,1±0,78 МЕ/л – 16 лет (P<0,05-0,001).

Значительный интерес представляет показатели ФСГ у здоровых девочек. Уровень ФСГ у девочек в возрасте 12 лет ровняется к: 7,2±0,61 МЕ./л в I фазе и 5,6±0,47 МЕ/л во II фазе цикла (P<0,05). Далее, в возрасте 13, 14 и 15 лет концентрация этого гормона остаётся заниженным: 3,8±0,26 МЕ./л в I и 2,8±0,17 МЕ./л во II фазе цикла у девочек в возрасте 13 лет, 3,6±0,22 и 3,4±0,27 МЕ./л соотв. - 14 лет, 3,6±0,25 и 3,8±0,2 МЕ./л соотв. - 15 лет (P>0,05). Однако, уровень ФСГ у девочек в возрасте 16 лет заметно повышается (4,9±0,3МЕ/л в I фазе цикла), который был более выражен во II фазе менструального цикла (P<0,01).

Уровень ФСГ достоверно снижено во всех возрастных группах среди девочек с ЮМК. Так, у девочек в возрасте 12 лет в первой фазе цикла составляет 2,8±0,18 МЕ/л, во второй 2,6±0,16 МЕ/л. У девочек в возрасте 13 лет концентрация этого гормона несколько повышается: 3,1±0,2 МЕ/л в I и 3,4±0,27 МЕ/л во II фазе менструального цикла (P<0,05). Однако, у девочек в возрасте 14 и 15 лет уровень ФСГ не имеет тенденцию к повышению: соотв. 2,8±0,2 и 2,5±0,2 МЕ/л у девочек в возрасте 14 лет, соотв. 3,0±0,28 и 2,8±0,19 МЕ/л, - 15 лет (P>0,05). У девочек в возрасте 16 лет уровень ФСГ повышается заметно: 3,5±0,31 МЕ/л в первой и 3,8±0,26 МЕ/л во второй фазе менструального цикла.

Концентрация эстрадиола в крови у обследуемых девочек в среднем колеблется от 280 до 600 пмол/л ($P < 0,001$).

При этом, нами обнаружены закономерные колебания в зависимости от возраста девочек и фазы менструального цикла. Так, у девочек в возрасте 12 лет содержание эстрадиола в I фазе цикла составляет $189 \pm 14,3$ пмол/л, во II фазе его уровень увеличивается более чем в три раза ($600 \pm 48,2$ пмол/л). Данное положение свидетельствует об отсутствии овуляции у подавляющего большинства этих девочек, подтверждением которого послужила высокая отрицательная корреляционная взаимосвязь атрезии фолликулы с уровнем эстрадиола в крови во II половине менструального цикла ($r = -0,74$). У девочек в возрасте 13 лет, уровень эстрадиола остается почти одинаковым как в I (290 ± 18 пмол/л), так и во II (280 ± 21 пмол/л) фазе менструального цикла ($P > 0,05$). У девочек в возрасте 14, 15 и 16 лет наблюдается относительно заниженный уровень эстрадиола во II половине цикла, по сравнению с I фазой цикла: 308 ± 24 пмол/л в первой и 296 ± 26 пмол/л во второй фазе цикла у девочек в возрасте 14 лет, 295 ± 24 пмол/л в I и 280 ± 24 пмол/л соотв. - 15 лет и 489 ± 36 пмол/л и $455 \pm 34,6$ пмол/л соотв. - 16 лет. Следовательно, относительно заниженный уровень эстрадиола во II фазе менструального цикла в крови девочек в возрасте 14, 15 и 16 лет свидетельствует о наличии овуляторного менструального цикла, где отмечен отрицательный корреляционный связь снижения эстрадиола во II фазе цикла с овуляцией у этого контингента девочек ($r = -0,68$).

Наличие теории эстрогенной недостаточности у девочек с ЮМК нашла своего подтверждения и в наших исследованиях, где концентрация эстрадиола были достоверно снижены, по сравнению с аналогичными данными здоровых, не зависимо от возраста девочек. Так, уровень эстрадиола у девочек с ЮМК в возрасте 12 лет составляет $104 \pm 7,8$ пмол/л в первой и $233 \pm 16,3$ пмол/л во второй фазе менструального цикла ($P < 0,01$). Такая закономерность сохраняется и у девочек с ЮМК в возрасте 13, 14, 15 и 16 лет: соотв. $156 \pm 11,4$ и $203 \pm 16,2$ пмол/л у девочек в возрасте 13 лет, соотв. $212 \pm 14,8$ и $231 \pm 17,6$ пмол/л - 14 лет, соотв. $48 \pm 18,4$ и $270 \pm 20,4$ пмол/л - 15 лет, $362 \pm 26,4$ и $409 \pm 31,6$ пмол/л - 16 лет ($P < 0,05-0,001$).

Содержание прогестерона у девочек в возрасте 12-13 лет относительно занижено по сравнению с другими возрастными группами девочек. Так, у девочек в возрасте 12 лет концентрация прогестерона в крови составляет $1,1 \pm 0,09$ нмоль/л в I и $3,9 \pm 0,22$ во II фазе цикла. У девочек в возрасте 13 лет соотв. $1,7 \pm 0,08$ нмоль/л и $0,6 \pm 0,05$ нмоль/л ($P < 0,01$). Однако, с 14 лет уровень прогестерона начинает возрастать, а именно во II фазе цикла ($18 \pm 1,2$ нмоль/л). Также в возрасте 15 и 16 лет концентрация прогестерона во II фазе цикла увеличивается почти в 10 раз по сравнению с I фазой цикла: $2,1 \pm 0,19$ нмоль/л в I и $19,7 \pm 1,6$ нмоль/л во II фазе цикла в возрасте 15 лет ($P < 0,001$), соотв. $2,0 \pm 0,1$ нмоль/л и $15,6 \pm 1,2$ нмоль/л в возрасте 16 лет ($P < 0,001$). С ЮМК в возрасте 12 лет концентрация прогестерона составляет $0,9 \pm 0,06$ нмоль/л в первой и $1,8 \pm 0,8$ нмоль/л во второй фазе цикла ($P < 0,01$). Далее, у девочек в возрасте 13 лет дефицит прогестерона сохраняется: $1,2 \pm 0,09$ в I и $0,7 \pm 0,09$ нмоль/л во II фазе цикла ($P < 0,05$). У девочек с ЮМК в возрасте 14, 15 и 16 лет содержание прогестерона заметно повышается, особенно во второй фазе менструального цикла, однако остается достоверно сниженным по сравнению с аналогичными показателями здоровых. $1,6 \pm 0,01$ нмоль/л в первой и $10,2 \pm 0,9$ нмоль/л во второй фазе цикла у девочек в возрасте 14 лет, соотв. $2,1 \pm 0,2$ и $19,7 \pm 1,6$ нмоль/л - 15 лет, соотв. $2,0 \pm 0,1$ и $15,6 \pm 1,2$ нмоль/л - 16 лет ($P < 0,05-0,01$).

Показатели прогестерона достоверно снижены у девочек с ЮМК не зависимо от возраста. Однако, закономерность колебания этого гормона в зависимости от фазы менструального цикла не меняется. Так, у девочек уровень пролактина отличается заниженностью в I фазе цикла не зависимо от возрастной структуры девочек ($P < 0,05 - 0,001$). Так, у девочек в возрасте 12 лет содержание пролактина в крови составляет: $180 \pm 28,7$ мМЕ/л в I и $310 \pm 37,2$ мМЕ/л во II фазе цикла. Показатели этого гормона у девочек в возрасте 13 лет выглядят одинаково, составляя $318 \pm 26,3$ и $319 \pm 22,8$ мМЕ/л соотв. ($P > 0,05$). Далее, у девочек в возрасте 14, 15 и 16 лет наблюдается увеличение пролактина именно во II фазе цикла: $306 \pm 27,4$ мМЕ/л во II фазе цикла у девочек в возрасте 14 лет, $250 \pm 26,3$ и $315 \pm 27,2$ мМЕ/л соотв. - 15 лет, $266 \pm 19,7$ и $410 \pm 46,2$ мМЕ/л - 16 лет ($P < 0,05 - 0,002$).

У девочек с ЮМК уровень пролактина несколько занижено по сравнению с аналогичными показателями здоровых. При этом, общая закономерность в зависимости от фазы цикла сохраняется. У девочек в возрасте 12 лет содержание пролактина в крови составляет: $159 \pm 10,4$ мМЕ/л в I и $206 \pm 16,3$ мМЕ/л во II фазе менструального цикла, $187 \pm 14,3$ и $224 \pm 14,6$ мМЕ/л - 14 лет, $240 \pm 19,6$ и $302 \pm 23,7$ мМЕ/л соотв. - 15 лет и $228 \pm 19,3$ и $315 \pm 26,3$ мМЕ/л - 16 лет ($P < 0,05$).

Выводы: Таким образом, у здоровых девочек показатели гормонов ЛГ, ФСГ, эстрадиол, прогестерон и пролактина колеблется значительно как с позиции возраста, так и с позиции фазы менструального цикла.

Относительная недостаточность концентрации гормонов ЛГ, ФСГ и эстрадиола у девочек в возрасте 12-13 лет, особенно в I фазе цикла свидетельствует об ановуляторном менструальном цикле у этого контингента девочек. Напротив, содержание этих гормонов значительно повышается у девочек более старшего возраста, а наступление овуляции способствует к 4-10 кратному увеличению прогестерона именно во II фазе цикла.

У девочек с ЮМК несмотря на некоторый сохранность общего соотношения пропорции в зависимости от фазы менструального цикла, уровень гормонов ЛГ, ФСГ, эстрадиол, прогестерон и пролактина характеризуется достоверным снижением по сравнению с аналогичными показателями здоровых девочек, что диктует необходимость проведения комплексного исследования в включением гормонального статуса у девушек с различными нарушениями менструальной функции.

Литература

1. Аюпова Ф. М. Состояние репродуктивного здоровья девушек в Узбекистане. Дис... Доктора Мед. Наук. Ташкент. - 2007. - 42с
2. Акунц К.Б., Р.Г. Саркисян, Г.С. Авакян. Состояния некоторых звеньев нейроэндокринной взаимосвязи при ювенильных маточных кровотечениях. Проблемы эндокринологии. Москва. 1990. С40-43.
3. Базима, Б.А. Цветовые предпочтения подростков /Б.А. Базима// Журнал неврологии и психологии им. С.С Корсакова. – М., 1997. – Т.10. - №1. – С 24-28.
4. Бажин Е.Ф. Цветовой тест отношений: Метод рекомендации / Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд.– Л.: - 1985. - 19с.
5. Белова И. Б. Особенности менструального цикла у девушек, обучающихся без отрыва от производства. Охрана здоровья детей и подростков. 1975; № 5; 47С.
6. Бохман Я.В., Прянишникова В.А. и Чепик О.Ф. Комплексное лечение при гиперпластических процессах и раке эндометрия, М., 1979;
7. Белова И. Б. Особенности функции яичников и надпочечников при нарушениях менструальной функции у девочек. Журнал. Охрана здоровья детей и подростков. 1975; № 5; 47С
8. Заяц Л. Д. Основные формы ювенильных кровотечений. Их этиология, клиника, патогенез и терапия. Автореф. Дис... док. Мед. Наук. М. 1975; 3-4С
9. Муслимова А. Р. Гинекологическая заболеваемость девочек и девушек-подростков в современных условиях: Автореф. Дис... канд. Мед. Наук. М. 2004; 24С.
10. Мешкова И. П., Григорян О. Р., Зилов В. А., Щербачева Л. Н., Анциферов М. Б., Дедов И. И. Роль аутоантител к ткани яичников и надпочечников в патогенезе нарушений менструального цикла у девушек, больных сахарным диабетом 1 типа // Проблемы репродукции.— 2000.— № 5
11. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. Москва 2003. С-69.
12. Крупко-Большова Ю. А., Т.В. Травянка, В.Ф. Петербургская, И.Б. Вовк, В.А. Комарова. Функциональное состояние гипофиза и яичников при дисфункциональных маточных кровотечениях у девушек. Охрана здоровья детей и подростков. 1980. №11. С53-56.
13. Коколина В. Ф., М. Ю. Митин. Состояния здоровья девочек и девушек – подростков в современных условиях: Журнал: Российский вестник Акушера – гинеколога, № 3, 2005; 19С..
14. Крупко-Большова Ю. А., В.Ф. Петербургская, Л.Н. Новик, Л.Г. Шахлина. Дифференциальная диагностика и лечение гипоменструального синдрома и аменореи у девушек. Жур. Охрана здоровья детей и подростков. 1985. Вып.16. С110-113.

Түйін

Н.Г. Ашурова, И.И. Тошева, М.М. Рахматуллаева

Абу Али бин Сино атындағы Бухара мемлекеттік медицина институты, Бухара, Өзбекстан

ЮВЕНИЛЬДІК ЖАТЫРЛЫҚ ҚАН КЕТУДЕГІ ЖӘНЕ ДЕНІ САУ ҚЫЗДАРДАҒЫ ГОРМАНАЛЬДЫҚ ФУНКЦИЯНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ

Бұл мақалада кәмелетке толмаған жасөспірім қыздардағы аналық қанмен (JUB) толықтыруларының зерттеу нәтижелері келтірілген. Материал 22 жастағы қыздарда гонадотропты гормондарды зерттеу және 12-16 жас аралығындағы жасөспірім қыздар қанының ЖББ-мен 28 нәтиже алынып тексерілді. Нәтижелері JUB бар қыздардағы гонадотропты гормондардың деңгейі сау қыздарға қарағанда айтарлықтай төмен екенін көрсетті. Зерттеу нәтижесі бойынша әр түрлі етеккір бұзылыстары бар қыздарда гормоналды статустарды қ ауытқулары бар екендігі анықталып, оларды жан-жақты зерттеу қажеттілігі туындайды.

Кілт сөздер: гормондар, кәмелетке толмаған қан, етеккір қызметі, аналық қанмен, жасөспірім қыздар .

Summary

N. Ashurova, G. Mavlonova, M. Jumayeva

Bukhara state medical institute named after Abu Ali ibn Sino, Bukhara, Uzbekistan

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF HORMONAL FUNCTION IN HEALTHY GIRLS AND GIRLS WITH JUVENILE UTERINE BLEEDING

In this article (JUB) of additions, to results of inspection of minors the teenager it pestichny gonadotropny hormones zhbb and 28 results of a research and 12-16 teenager of the girl material of blood are checked by blood At girls at the age of the 22nd age. Results showed that the level of hormones is significantly lower, than healthy than girls with JUB gonadotropny it. At girls from a research, that there is a need of a comprehensive investigation, decide also their various on gormonalda on deviations қ the status periods of children with.

The dictates the need for a comprehensive study of the inclusion of the hormonal status in girls with various menstrual disorders. **Keywords:** hormones, juvenile uterine bleeding, menstrual function, sex hormones, reproductive system.

МРНТИ 76.29.34
УДК 616.33-006.-089

Сексенбаев Д.С., Маймаков А.Т., Арыбжанов Д.Т., Турсынбаев С.Б.
Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан
Городской онкологический центр, г. Шымкент, Республика Казахстан

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОПЕРАБЕЛЬНОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА

Резюме

Анализируются результаты диагностических видеолaparоскопий у 86 больных раком желудка получавших лечение в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере в течении 2013-2018 г.г. Мужчин 56 (65,1%) женщин 30 (34,9%). Средний возраст пациентов составил $56,0 \pm 1,4$ года. С II стадией заболевания было 23 (26,7%) больных, с III стадией заболевания - 48 (55,8%), IV стадией заболевания 15 (17,5%) больных. Проведённое исследование показало, что на основании лапароскопической картины распространённости опухолевого процесса в органы и структуры брюшной полости у больных РЖ, изменение предварительно планируемого объёма оперативного вмешательства произведено у 18 (21%) и совпало у 20 (23,3%) больных. По результатам предварительной видеолaparоскопии в 36 (41,9%) случаях решено произвести радикальную операцию, в 2 - симптоматическую, в 2 случаях, в связи с наличием относительных признаков нерезектабельности решено произвести лапаротомию с ревизией и у 46 (53,5%) больных, в связи с наличием абсолютных признаков нерезектабельности решено было ограничиться проведением лапароскопии. Во всех случаях было получено достаточное количество материала для гистологического исследования.

Ключевые слова: рак желудка, лапароскопия, диагностика.

Рак желудка (РЖ) составляет 50% от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и более 12% от всех злокачественных новообразований других локализаций. Смертность от РЖ в мировом масштабе занимает второе место и уступает лишь раку легкого. В 2012 году в Европе выявлено ~140 000 новых случаев РЖ и ~107 000 смертельных случаев [15]. В России в 2015 г. заболеваемость РЖ составила 25,8, смертность - 20,7 на 100 000 населения (Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2017). В республике Казахстан в 2018 году заболеваемость РЖ составила 8,6, смертность - 11,5 на 100 000 населения (Кайдарова Д.Р.) [2]. Вопросы диагностики и лечения РЖ остаются серьезной проблемой современной онкологии. Анализ литературы показывает, что за последние 15 лет в плане хирургического лечения РЖ наиболее значимыми стали следующие положения [1, 3, 5, 13]: Органосохраняющие операции на желудке при начальных стадиях рака; Расширенные и комбинированные операции при местно-распространенном раке; Стандартная лимфодиссекция в объеме D2 сохранила свое значение.

Хирургическая операция при РЖ единственный радикальный метод лечения, хотя большинство пациентов все еще имеют рецидивы после резекции и, следовательно, в сочетании с модальностью такой подход является стандартным только при РЖ I стадии (уровень доказательности 1B). Радикальная хирургическая операция является наиболее эффективным способом лечения при раннем раке желудка, однако обеспечивает долгосрочную выживаемость только у 20% пациентов с распространенными формами рака желудка [16]. Одногодичная выживаемость пациентов с метастатическим раком желудка, перенесших паллиативную гастрэктомию, не превышает 23% [13].

Ранние формы РЖ (T1a) могут подвергаться эндоскопической резекции, если опухоль высокой дифференцировки, ее размеры ≤ 2 см и она ограничена слизистой желудка (уровень доказательности III B). Поражения лимфатических узлов и риск метастазирования практически равны нулю для этой группы пациентов [4, 6, 7].

По рекомендации UICC/AJCC согласно TNM классификации (7-е издание), включают иссечение минимум 15 лимфатических узлов, чтобы обеспечить надежную постановку окончательного диагноза по критерию pTNM [8, 9, 10]. Опыт Мировых клиник, как и наблюдательные рандомизированные исследования в Азиатских странах показали, что D2 лимфодиссекция приводит к более высоким

результатам по сравнению с D1 (уровень доказательности II B). Однако при D2 лимфодиссекции процент послеоперационных осложнений (лимфорей, тромбоэмболия, послеоперационные панкреатиты и др.), остается выше, чем при D1 лимфодиссекции [8, 9]. Показано, что комплексный подход, включающий химиотерапию, лучевую терапию и хирургическое лечение, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с распространенными формами рака желудка [11, 12, 16]. Лапароскопическая хирургия является альтернативой открытой хирургии с потенциальными преимуществами низкой степени послеоперационных осложнений и сокращением времени восстановления. Мета-анализы подтверждают эти преимущества пока только при дистальной резекции желудка (уровень доказательности IA). Среди хирургов не достигнут консенсус в вопросе о предпочтительных подходах к технике анастомоза при лапароскопической гастрэктомии. В настоящее время проводятся клинические исследования в Японии (JCOG-0912), Кореи (KLASS и KLASS-02) и Китае, где будет проводиться сравнение открытой и лапароскопической хирургии при РЖ [4, 5, 9, 14, 15].

Диагностические технологии, такие как ультразвуковое исследование и компьютерная томография, заметно потеснили традиционную лапароскопию и на волне увлечения этими конкурирующими средствами визуализации, несколько остыл интерес к лапароскопии. Казалось, что с помощью УЗИ и КТ можно решить все диагностические задачи. Однако дальнейшее развитие технических средств открыло новые возможности старого метода лапароскопии. Особенно большим значением для возрождения лапароскопии явилось появление миниатюрных эндовидеокамер на фиброволоконной основе. В связи с этим, в последние годы начало появляться много работ, посвященных определённым методикам лапароскопической диагностики различной онкопатологии органов брюшной полости, а также методы лапароскопических операций [1, 2, 4, 6]. Наибольшее распространение лапароскопия получила в диагностике заболеваний печени благодаря доступности этого органа для исследования. Кроме этого, печень является наиболее частой локализацией отдалённых метастазов злокачественных опухолей, различных локализаций [5, 7, 8].

Учитывая высокую заболеваемость раком желудка, лапароскопия часто применяется при этой патологии. Основой для определения оптимальной тактики лечения у пациентов с впервые выявленным раком желудка является точное стадирование заболевания. Диагностическая лапароскопия помогает более точно определять стадию заболевания, позволяя выявить мелкие метастазы в печени и по брюшине, невидимые для методов лучевой диагностики [7,8,18]. Кроме того, выполняемые при диагностической лапароскопии смывы с брюшины и их последующее цитологическое исследование позволяют выявить опухолевые клетки у значительной части пациентов с местно-распространёнными формами рака желудка [10]. Как показывают данные литературы, лапароскопия имеет убедительные преимущества в оценке резектабельности больных раком желудка. Так, А.К. Kriplani с соавт. (1991) показали, что среди больных, у которых ультразвуковое исследование и рентгеновская компьютерная томография не выявили противопоказаний к резекции желудка, лапароскопия у 27,0% обнаружила распространенный нерезектабельный рак. Последующая лапаротомия подтвердила данные лапароскопии в 87,5% случаев [10].

Такие же высокие показатели оценки потенциальной резектабельности при гастроэзофагеальном раке представили M.D.Finch и соавт. (1997) [18]. По их данным, чувствительность лапароскопии составила 100,0%, а специфичность 73,0%, против 75,0% и 60,0% компьютерной томографии соответственно [17,19].

Использование видеолапароскопии в диагностических целях направлено, главным образом, на уточнение характера изменений, выявленных при неинвазивных методах исследования, таких как УЗИ и КТ. Выявленные этими методами очаговые образования внутренних органов требуют морфологического подтверждения и оценки распространенности, то есть, стадии заболевания, которая определяет выбор рациональной лечебной тактики у больных раком желудка.

Целью нашей работы явилось оценить возможности видеолапароскопии в определении резектабельности рака желудка (РЖ).

Материал и методы. Нами проведен анализ диагностических видеолапароскопий у 86 больных РЖ получавших лечение в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере в течении 2013-2018 г.г. Среди пациентов мужчин было 56 (65,1%) женщин 30 (34,9%). Средний возраст пациентов составил $56,0 \pm 1,4$ года. Возрастной диапазон - от 25 до 72 лет. С II стадией заболевания было 23 (26,7%) пациентов. Самую большую группу пациентов составили больные с III стадией заболевания - 48 (55,8%), IV стадия заболевания установлена у 15 (17,5%) больных.

Лапароскопию проводили в несколько этапов: 1) пункция брюшной полости и наложение пневмоперитонеума; 2) введение лапароскопа; 3) осмотр органов брюшной полости; 4) введение дополнительных троакар; 5) проведение диагностических вмешательств; 6) завершение исследования - удаление всех инструментов, ушивание кожных ран или переход на лапаротомию.

После ревизии брюшной полости, в сомнительных случаях, мы производили биопсию подозрительных участков, в целях морфологического подтверждения выявленных метастазов и для установления природы патологических процессов.

Результаты и их обсуждение. Лапароскопическая диагностика опухолевого поражения желудка основывалась на выявлении прямых или косвенных признаков опухоли. Наиболее достоверными и легкими для визуального обнаружения являлись прямые признаки, которые, появляются при прорастании серозной оболочки желудка опухолью, локализующейся на передней стенке. В тех случаях, когда имеется явное прорастание серозной оболочки, обнаруживается характерная лапароскопическая картина. На передней стенке желудка определяются опухолевые разрастания в виде одиночных или множественных узлов неправильной формы белесовато-серого цвета, плотной консистенции. Стенка органа, в области поражения, уплотнена, инфильтрирована. При пальпации манипуляторами определяется ригидность, отсутствие эластичности органа. Серозная оболочка в норме белесовато-розового цвета, приобретает тусклый, белосерый цвет. Нередко на ней определяются множественные геморрагии, которые также легко образуются и при пальпации. При локализации опухоли на задней стенке без перехода на большую или малую кривизну часто отмечалась деформация кардиального отдела желудка и абдоминального сегмента пищевода или выбухание передней стенки, что в совокупности с «инструментальной пальпацией» косвенно указывало на наличие опухолевого поражения. Метастазы в печени обнаруживаются как возвышающиеся образования белесовато-желтого цвета, плотной или эластической консистенции, округлой или неправильной округлой формы, различных размеров, варьируя от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Нередко они имеют углубление в центре, что обусловлено опухолевым некрозом. При внутривисцеральном расположении метастазов в печени при видеолапароскопии выявляется бугристость поверхности и контуров печени, сглаживание краев и увеличение ее размеров.

При РЖ прорастание опухоли в печень диагностировано у 5 (5,8%) больных, в диафрагму в 7 (8,13%) случаях, у 14 (16,27%) больных в поджелудочную железу, у 3 (3,48%) - в забрюшинную клетчатку. У 9 (10,5%) больных, опухолевой процесс переходил на абдоминальный отдел пищевода и прорастал в клетчатку средостения, у 6 (6,97 %) случаях в брюшную аорту. Метастазы в печени имелись у 19 (22%) больных, в лимфоузлы малого сальника у 52 (60,5%), большого сальника у 21 (24,4%), в забрюшинные и парааортальные лимфоузлы у 35 (40,7%) больных. Брыжейка тонкой кишки была поражена в 7 (8,13%) случаях, а брыжейка толстой кишки у 6 (6,9%) больных. Метастазы в яичники установлены у 2 (2,3%) пациенток и клетчатку малого таза в 2 (2,3%) случаях. Метастатическое поражение всех органов брюшной полости (канцероматоз) диагностировано в 12 (14,0%) случаях. Асцит имелся у 8 (9,3%) больных.

Опухолевой процесс признан нерезектабельным у 50 (58,1%) больных. Причиной нерезектабельности РЖ явилось прорастание опухолевого процесса в печень, в брюшную аорту, прорастание в поджелудочную железу. Наличие метастазов в печень явились причиной нерезектабельности у 14 (20,0%) больных. Неудалимые метастазы в парааортальные лимфоузлы послужили причиной отказа в радикальной операции у 10 (11,6%) больных. Диссеминация по брюшине послужила причиной отказа в радикальной операции у 8 (9,3%) больных. Следует отметить, что у 1 пациента могло быть от 1 до 4 признаков нерезектабельности.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что на основании лапароскопической картины распространенности опухолевого процесса в органы и структуры брюшной полости у больных РЖ, изменение предварительно планируемого объема оперативного вмешательства произведено у 18 (21%) и совпало у 20 (23,3%) больных. По результатам предварительной видеолапароскопии в 36 (41,9%) случаях решено произвести радикальную операцию, в 2 - симптоматическую, в 2 случаях, в связи с наличием относительных признаков нерезектабельности решено произвести лапаротомию с ревизией и у 46 (53,5%) больных, в связи с наличием абсолютных признаков нерезектабельности решено было ограничиться проведением лапароскопии. Во всех случаях было получено достаточное количество материала для гистологического исследования.

Литература

1. Гуляев А.В., Зубов Г.С. О лапароскопии в онкологической практике. //Вопросы онкологии. - 1985. - № 6. - С. 96-99.
2. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). *Под ред. Каприна В.Д., Старинского В.В., Петровой Г.В.* Москва: «МНИОИ им. П.А. Герцена» филиал ФГБУ НМИРЦ МЗ РФ Российский Центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии. 2017. 250 с.
3. Лядов В. К., Ильина О. В. Роль диагностической лапароскопии и перитонеальных смывов в стадировании рака желудка// Московский хирургический журнал / 5 (45), 2015.,С. 11-13.

4. Попова Т.Н., Корженский Ф.П., Александрова М.И. Использование лапароскопии для уточнения стадии рака желудка. //Вопросы онкологии. -1987.- № 10.-С. 75-78.
5. Синюкова Г.Т., Комаров И.Г., Игнатов Е.И., Комов Д.В. Видеолапароскопия с применением интраоперационного ультразвукового исследования в абдоминальной онкологии. — М.: Триада-Х, 2003. - 80 с.
6. Шапошников А.В., Сидоренко Ю.С., Тетерников А.В., Куракин В.Г. Лапароскопия в диагностике и лечении опухолей желудка и пищевода. //Эндоскопическая хирургия. - 1999. - № 6. - С. 44-45.
7. Blackshaw G.R., Barry J.D., Edwards P., Allison M.C., Thomas G.V., Lewis W.G. Laparoscopy significantly improves the perceived preoperative stage of gastric cancer. // Gastric Cancer. 2003. V. 6(4). P. 225.
8. Edge S., Byrd D., Compton C. et al. AJCC Cancer Staging Manual. 7th edition . New York, NY: Springer 2010. doi:10.1245/s10434-010-0985-4
9. Guidelines for Diagnostic Laparoscopy. Practice/Clinical Guidelines published 11, 2007, by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons.
10. IGCC Working Group. The Charter Scaligero on Gastric Cancer: Follow-Up After Gastrectomy for Cancer. 10th International Gastric Cancer Congress (IGCC); 2013. Доступно по http://www.gircg.it/news/the_charter_scaligero_on_gastric_cancer Ссылка активна на 23.12.2018.
11. James P. De Andrade, James J. Mezhir. The Critical Role of Peritoneal Cytology in the Staging of Gastric Cancer: An EvidenceBased Review. // Journal of Surgical Oncology 2014. V. 110. P. 291–297.
12. Jason S. Gold, David P. Jaques, David J. Bentrem, Manish A. Shah, Laura H. Tang, Murray F. Brennan, Daniel G. Coit. Outcome of Patients with Known Metastatic Gastric Cancer Undergoing Resection with Therapeutic Intent. // Annals of Surgical Oncology 2007. V. 14(2). P. 365-372.
13. Karanicolas P.J. et al. Staging laparoscopy in the management of gastric cancer: a population-based analysis. // J. Am. Coll. Surg. 2011. V. 213(5). P. 644-651.
14. Karpch M., Kelsen D., Tepper J. Cancer of the stomach. // Cancer Principles and Practice of Oncology Philadelphia. 2001. V. 1092. P. 126.
15. Tokunaga M., Terashima M., Tanizawa Y., Bando E., Kawamura T., Yasui H., Boku N. Survival benefit of palliative gastrectomy in gastric cancer patients with peritoneal metastasis. // World J. Surg. 2012. V. 36(11). P. 2637-43.
16. Torre L., Bray F., Siegel R., Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Jemal A. Global Cancer Statistics 2012. // CA Cancer J. Clin. 2015. V. 65. P. 87–108.
17. Proserpio I. et al. Multimodal treatment of gastric cancer. // World J. Gastrointest. Surg. 2014. Apr. 27. V. 6(4). P. 55-8.
18. Waddell T., Verheij M., Allum W., Cunningham D., Cervantes A., Arnold D. Gastric cancer: ESMO–ESSO–ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Journal Annals of Oncology. 2013; 24 (6): 57 – 63.
19. Weickert U., Jakobs R., Riemann J.F. Diagnostic laparoscopy. // Endoscopy. 2005. V. 37(1). P. 33-7.

Summary

Seksenbaev D.S., Maymakov A.T., Arybzhhanov D.T., Tursynbaev S.B.
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent City Cancer Center, Shymkent

DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY IN DETERMINATION OF GASTRIC CANCER OPERABILITY

The results of diagnostic video laparoscopy in 86 patients with gastric cancer treated in the South Kazakhstan Regional Oncology Center during 2013-2018 are analyzed. Men 56 (65.1%), women 30 (34.9%). The average age of patients was 56.0 + 1.4 years. There were 23 (26.7%) patients with stage II disease, 48 (55.8%) patients with stage III disease, and 15 (17.5%) patients with stage IV disease. The study showed that, on the basis of the laparoscopic picture of the prevalence of the tumor process in the organs and structures of the abdominal cavity in patients with cancer, a change in the previously planned volume of surgical intervention was made in 18 (21%) and coincided in 20 (23.3%) patients. According to the results of preliminary video laparoscopy, in 36 (41.9%) cases it was decided to perform a radical operation, in 2 - symptomatic, in 2 cases, due to the presence of relative signs of unresectability, it was decided to perform a laparotomy with revision and in 46 (53.5%) patients, due to the presence of absolute signs of unresectability, it was decided to limit the laparoscopy. In all cases, a sufficient amount of material was obtained for histological examination.

Keywords: gastric cancer, laparoscopy, diagnosis.

Түйін

Сексенбаев Д.С., Маймаков А.Т., Арыбжанов Д.Т., Тұрсынбаев С.Б.
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
Қалалық онкологиялық орталығы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

АСҚАЗАН ҚАТЕРЛІ ІСІГІНЕ ОТА ЖАСАУ ҚАЖЕТТІЛІГІН ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЛАПАРОСОПИЯМЕН АНЫҚТАУ

Оңтүстік Қазақстан облыстық онкологиялық диспансерінде 2013-2018 жылдары асқазан қатерлі ісігімен ауыратын 86 науқаста диагностикалық бейне лапароскопиясының нәтижелері талданды. Ерлер 56 (65,1%), әйелдер 30 (34,9%). Пациенттердің орташа жасы 56,0±1,4 жыл болды. Екінші сатыға шалдыққан науқастардың саны 23 (26,7%), III сатысы бар науқастардың саны 48 (55,8%), және IV сатысы бар науқастардың саны 15 (17,5%). Зерттеу көрсеткендей, асқазан қатерлі ісігімен ауыратын науқастарда іш қуысының ағзалары мен құрылымдарындағы ісік процесінің таралуының лапароскопиялық көрінісі негізінде бұрын жоспарланған хирургиялық араласу көлемінің өзгеруі 18 (21%) және 20 (23,3%) науқастарға сәйкес келеді. Алдын-ала видео диагностикалық лапароскопияның нәтижелері бойынша 36 (41,9%) жағдайда радикалды операция жасалды, 2 науқасқа симптомдық ем, 2 жағдайында салыстырмалы белгілердің бар болуына байланысты лапаротомиямен қайта қарау шешімі қабылданды. Ал 46 (53,5%) науқастың лапароскопия кезінде ота жасауға қарсы абсолюттік белгілері болуына байланысты шектеу шешімі қабылданды. Барлық жағдайларда гистологиялық зерттеу үшін жеткілікті материал алынды.

Кілт сөздер: асқазан қатерлі ісігі, лапароскопия, диагностикасы.

СОДЕРЖАНИЕ

А.А. Кульчиев, А.А. Морозов, Э.А. Перисаева ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО КАНАЛА	3
Ф.Г. Назиров, М.М. Акбаров, Е.М. Сайдазимов, М.Ш. Нишанов, Ю.У. Хахимов ПЕЧЁНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ КАК ПРОБЛЕМА И ЕЕ РЕШЕНИЕ	12
М.Е. Жантеев, К.В. Югай, Ж.А. Рамазанов КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТАДИИ РАКА ЯИЧНИКОВ	19
Tazhybaeva K.N. ^{1,2} , Yugy K.V. ¹ , Myrzahmetov R.T. ¹ , Tasbaltayeva D.T. ¹ THE EFFECT OF BAD HABITS ON CANCER IN THE TURKISTAN REGION	22
Р.И. Рахимжанова ¹ , Н.А. Шаназаров ^{1,2} , Г.В. Сердюченко ³ , Д.Е. Туржанова ¹ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	27
F.I. Kostyev, O.M. Zacheslavsky, D.O. Kuznietsov THE EXPERIENCE OF THE MRI USING IN THE DIAGNOSTICS OF TUMOR DISEASES OF THE PROSTATE	31
Н.А. Шаназаров ^{1,2} , Т.Б. Ташпулатов ² , Н.К. Сейдалин ¹ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО И РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАЗАЛЬНО- КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.	35
Н.Т.Аляева, Г.М. Кадырбаева ДЕТСКИЕ КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА	40
Икромов Х.С. РОЛЬ ОЦЕНКИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.	43
И.В. Ковалевская, Е.А. Борко ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЬГИНАТОВ КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПРОИЗВОДСТВЕ СУППОЗИТОРИЕВ	47
Сайфудинова О. М., Разигов А. А., Рахимова М.Э. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.	50
Сатай А.А., Кадырбаева Г.М. СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА	52
Суюнов Н.Д., Жұраева С.Л., Нарзикулова К.Ш. ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ НЕВРОЗАХ, И ИХ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ	55
Суюнов Н.Д., Жұраева С.Л., Ражабова Д.Х. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕВРОЗОВ, ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ИХ ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	62
Рахматуллаева Н.Т. «ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА»	67
Мусаев Ю. М. ,Югай Н В, Салхожаева К.К. ,Назарова Д.Ш., Ешимбетова Д.Д., Кайыпова Ф.С. ПРОФИЛАКТИКА МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ КАК ПРИОРИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	70
У.К. Абдуллаева, Д.Б. Мирзаева РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	74
А.Х. Абдурахимов, З.А. Эргашева, И.К. Касымова КОРРЕКЦИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ДИСБАЛАНСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	76

С.Р. Адизова, Н.Г. Ашурова, М.М. Жумаева ИСХОДЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	79
Н.Г. Ашурова, Г.Ш. Мавлонова, М.М. Жумаева СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	83
К.С. Казбекова, А.Б.Токбергенова МИ ҚАНАЙНАЛЫМ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ НЕГІЗГІ СЕБЕБІ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ	87
Курбанова С.Ю., Шомуратова Р.К., Кулдашев А. А. РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЛУЧЕННОГО МАТЕРИАЛА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОГО И НЕТРАДИЦИОННОГО УХОДА ЗА РАННОЙ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ	90
Худайбергенов А.А., Усманов М.А., Ирибеков Б.М., Мирзаматов З.С., Сагымбеков С.З. ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ БЛОКИРУЮЩИМ СТЕРЖНЕМ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА.	94
Усманов М. А., Сахов Н.С., Муминов А.Г., Полатов А.Н., Исаков Ф.П. «ОПЫТ АРТРОСКОПИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ»	96
Ахмедова Н.Д., Пулатов М.Д СПЕЦИФИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА	99
Абдухалыков А.М., Шагиева Г.А., Сахова Б.О., Жаксыбаева Ж.Б. ДӘРІГЕР-ИНТЕРНДЕРДІҢ БІЛІМІН ЖЕТІЛДІРУДЕ КЕЙБІР ЖАҢА ИННОВАЦИЯЛЫҚ ӘДІСТЕРДІ ПАЙДАЛАНУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ	101
О.В. Кутовая, И.В. Ковалевская ИЗУЧЕНИЕ СТАДИИ УВЛАЖНЕНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ	103
М.Е. Жантеев ¹ , К.В. Югай ² , Д.Ж. Жумағали ² , Д.Т. Тасбалтаева ² Ж.А. Рамазанов ¹ ПОКАЗАТЕЛИ ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	107
Абдухалыков А.М. ¹ , Садырханова Г.Ж. ¹ , Искандирова Э.Ж. ¹ , Жаксыбаева Ж.Б. ² БРОНХТЫҚ АСТМАНЫ ИННОВАЦИЯЛЫҚ КВАНТТЫҚ НАНОТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ӘДІСІМЕН ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА АЛЫНҒАН НӘТИЖЕЛЕР	110
Пулатов М.Д., Улугбекова Г.Д., Убайдуллаев Р.Л МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ	112
Н.Г. Ашурова, И.И. Тошева, М.М. Рахматуллаева АКУШЕРСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ БЕЗВОДНОМ ПЕРИОДЕ	115
Пулатов М.Д., Улугбекова Г.Ж., Убайдуллаев Р.Л., ОБЪЕМ ТЕЛ НЕЙРОНОВ ГИППОКАМПА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ОНТОГЕНЕЗЕ	118
Н.Г. Ашурова, Г.Ш. Мавлонова, М.М. Жумаева СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК И ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	121
Сексенбаев Д.С., Маймаков А.Т., Арыбжанов Д.Т., Турсынбаев С.Б. ДИАГНОСТИЧЕКАЯ АПАРОСКОПИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОПЕРАБЕЛЬНОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА	125