

O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi

Bosh muharrir:

Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z.A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:

Mavlyan-Xodjaev R.Sh., t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:

Abdusalomov A.A.

Jurnal O'zbekiston matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil 13 dekabrda
ro'yhatdan o'tgan.

Guvohnoma: 0034.

Tahririyat manzili: 100007,
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,
51-uy.

Tel.; 268-08-17

E-mail: info@avuz.uz

Veb - sayt: www.avuz.uz



(105)

Б
У
Л
Л
Е
Т
Н
И

TAHRIRIYAT KENGASHI

Gaybullaev A.	(Toshkent)
Gafur-Axunov M.A.	(Toshkent)
Halimova H.M.	(Toshkent)
Hasanov S.S.	(Toshkent)
Juraev A.M.	(Toshkent)
Zakirov N.U.	(Toshkent)
Zohidova M.Z.	(Toshkent)
Ibadov R.A.	(Toshkent)
Ismailov S.I.	(Toshkent)
Ismailov U.S.	(Toshkent)
Kamilova U.K.	(Toshkent)
Mamasoliev N.S.	(Andijon)
Mambetkarimov A.M.	(Nukus)
Musabaev E.I.	(Toshkent)
Muxtarov D.Z.	(Toshkent)
Normatova Sh.O.	(Toshkent)
Palvanova S.I.	(Urganch)
Po'latov Sh.B.	(Farg'ona)
Sodiqov A.S.	(Toshkent)
Xodjaev N.I.	(Samarqand)
Fozilov A.A.	(Toshkent)

МУХАРРИР МИНБАРИ

ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Қодиров Х.Х., Кравченко Л.Ш. Шифокор ва талабалар ўртасида эмоционал куйиш синдромини баҳолаш

Исаков Э.З., Абдурахимов З.А., Матхошимов Н.С. Меҳнатга яроқли ёшдаги аҳоли ногиронлиги сабаблари структураси

Талипов И.Я., Мухамедова Н.С. Ташкилотда ходим муносабатлари маданиятини такомиллаштириш соҳасида менежер (менежер) нинг асосий ваколатларини такомиллаштириш

Маматханова Г. М., Исмаилов С. И. Соғлиқни сақлашнинг бирламчи муассасаларида тиббий ҳисоб ҳужжатларини юритилиш сифатини таҳлил қилиш ва уларни такомиллаштириш йўллари

Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Мирсаидова Х.М. Туман ва вилоят соғлиқни сақлаш муассасалари раҳбарларини компетентлигини баҳолашга оид

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Бабаджанов А.Х., Якубов Ф.Р., Рузибаев Р.Ю., Сапаев Д.Ш. Жигардан лапароскопик эхинококкэктомиани амалга ошириш ва техник хусусиятлари

Тешаев О.Р., Жалилова З.Ш., Жалилов Ё.Д. Беморлардаги қўл ва бармоқлар куйишидан кейинги букулувчи контрактурасида терининг маҳаллий пластикаси билан эркин аутодермопластикаси натижалари.

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б. Ўт - тош касаллиги билан касалланган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда минилапаротомия усулидан фойдаланишнинг самарадорлиги

Туракулов У.Н., Саатов Р.Р., Кадилов М.Ш., Кодиров Ш.Н. Лапароскопик холецистэктомида хатолар, асоратлар ва уларни бартараф этишнинг жарроҳлик усулларини танлаш

Куйиков З.Х., Усманов Ш.У. Мактаб-интернатдаги болаларда қадди-қоматининг ривожланишида скелетнинг тизимли касалликларини даволаш ва олдини олиш

Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д. Ш. Меъда ости беши бош қисми саратонида радикал операциядан кейин эрта асоратлар

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

ПРАВО И ЭКОНОМИКА

Қодиров Х.Х., Кравченко Л.Ш. Оценка синдрома эмоционального выгорания среди врачей и студентов медицинских вузов

Исаков Э.З., Абдурахимов З.А., Матхошимов Н.С. Структуры причин первичной инвалидности трудоспособного населения

Талипов И.Я., Мухамедова Н.С. Совершенствование ключевых компетенций руководителя (менеджера) в области повышения культуры взаимоотношений сотрудников в организации

Маматханова Г. М., Исмаилов С. И. Анализ качества ведения медицинской учетной документации и пути их совершенствования учреждениях первичного звена здравоохранения

Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Мирсаидова Х.М. К оценке уровня компетенции руководителей районного и областного уровня здравоохранения

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

Бабаджанов А.Х., Якубов Ф.Р., Рузибаев Р.Ю., Сапаев Д.Ш. Тактические и технические особенности выполнения лапароскопической эхинококкэктомии из печени

Тешаев О.Р., Жалилова З.Ш., Жалилов Ё.Д. Результаты местной кожной пластики в сочетании со свободной аутодермопластикой у больных с послеожоговой сгибательной контрактурой кисти и пальцев

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б. Эффективность использования минилапаротомного доступа в хирургическом лечении больных желчнокаменной болезнью

Туракулов У.Н., Саатов Р.Р., Кадилов М.Ш., Кодиров Ш.Н. Ошибки, осложнения при лапароскопической холецистэктомии и выбор хирургических методов их устранения

Куйиков З.Х., Усманов Ш.У. Лечение и профилактика прогрессирования нарушений осанки у детей системными заболеваниями скелета в условиях школы-интерната

Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д. Ш. Ранние осложнения после радикальных операций при раке головки поджелудочной железы

- Тошбоев А., Салиев К.К., Салиев Д., Солиев А.К, Ахмедов Б.Х.** Болалар клиник шифохонасининг гематология бўлими маълумотларига кўра, андижон болалар контингенти орасида лейкоцитларнинг тарқалиши ва хавф омиллари 49
- Тошбоев А., Салиев К.К., Салиев Д., Солиев А.К, Ахмедов Б.Х.** Распределения и факторы риска лейкозов среди детского контингента андижана по данным гематологической отделения детской клинической больницы
- Рустамова М.Т., Нормурадов Ж., Хайруллаева С. С., Хайдаров Х.** Билиар тракт касалликлари: профилактика ва даволашга замонавий ёндашувлар 53
- Рустамова М.Т., Нормурадов Ж., Хайруллаева С. С., Хайдаров Х.** Заболевания билиарного тракта: современные подходы к профилактике и лечению
- Қодирова С.Р., Хамрабаева Ф.И.** Ичак дисбиози билан оғриган беморларни даволаш босқичида синбиотик билан магнитотерапия комплексининг қўлланилиш таъсирини ўрганиш 55
- Қодирова С.Р., Хамрабаева Ф.И.** Изучение применения магнитотерапии в комплексе с синбиотиком в восстановительном лечении больных дисбиозом кишечника
- Кадилов Б.Б., Ахмадалиева У.К., Салахиддинов З.С, Гафурова Л.М.** Fecal намуналарида нр-антигена в аниқлаш натижалари асосида helicobacter pylori бартараф самарадорлигини баҳолаш 60
- Кадилов Б.Б., Ахмадалиева У.К., Салахиддинов З.С, Гафурова Л.М.** Оценка эффективности эрадикации helicobacter pylori по результатам определения нр-антигена в пробах фекалий
- Тагаева М.Х., Бахранова Д.Ф.** Гастродуоденал патологияларнинг беморлар ҳаёт сифати кўрсаткичларига таъсири 62
- Тагаева М.Х., Бахранова Д.Ф.** Влияние гастродуоденальной патологии на показатели качества жизни у больных
- Хайруллаева С.С., Рустамова М.Т., Нормурадов Ж.А., Тилляходжаев С.С., Хайдаров Х.** Жигар циррозида спилактон эффективлиги, клиник кечиш ва диуретик жавоб ўртасидаги боғлиқлик 66
- Хайруллаева С.С., Рустамова М.Т., Нормурадов Ж.А., Тилляходжаев С.С., Хайдаров Х.** К вопросу эффективности спилактона при циррозе печени, связь между диуретическим ответом и клиническим течением
- Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С.** ОИВ билан зарарланган аҳоли ўртасида ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг липидли ва липидсиз хавф омилларини қиёсий тахлили 68
- Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С.** Сравнительные анализ распространенность липидных и нелипидных биохимических факторов риска хронических обструктивных заболеваний легких среди вич-инфицированной популяции
- Хамитова Ф.А.** Қандли диабетни бор беморларнинг юз-жағ соҳаси йирингли яллиғланиш касалликларида аутотромбоцитар масса билан даволашнинг жароҳат битишига таъсири 70
- Хамитова Ф.А.** Особенности процесса заживление гнойной раны челюстно лицевой области при использовании аутотромбоцитарной массы у больных сахарным диабетом
- Искандаров Т.И., Романова Л.Х.** «Супергумус» минерал ўғитни қўллаш хавфсизлигини гигиеник асослаш 76
- Искандаров Т.И., Романова Л.Х.** Гигиеническое обоснование безопасности применения минерального удобрения «супергумус»
- Мардонов Т.М., Индиаминов С.И., Расулова М.Р.** Бўйин аъзолари комплекси жароҳатларини текшириш алгоритми 79
- Мардонов Т.М., Индиаминов С.И., Расулова М.Р.** Алгоритм исследования поврежденных структур шейного органокомплекса
- Юлдашева М.Т., Палванова М.С. Холматова Ё.Н., Халилова О.С.,** Ташқи муҳитнинг зарарли таъсирлари натижасида нафас йўллари шиллиқ қаватида ташкилий-функционал ўзгаришлар 84
- Юлдашева М.Т., Палванова М.С. Холматова Ё.Н., Халилова О.С.,** Структурно-функциональные изменения слизистых оболочек дыхательных путей при воздействии вредных факторов внешней среды
- Ахмедов У.Б.** Итларда оёқ ампутациясидан сўнг тажрибанинг 60 ва 90 кунларида мияча чувалчанги нишаб бўлаги ганглионар қаватини динамикада морфологик ва морфометрик ўзгаришлари 86
- Ахмедов У.Б.** Морфологические и морфометрические изменения в динамике ганглионарного слоя дольки ската червя мозжечка после ампутации ноги у собак на 60 и 90 сутки эксперимента

Умурзаков З.Б., Саидахмедов Ш.О., Хайдаров С.А., Махмудов Н.И., Хомидов М.Э. Провизор бўлими материаллари асосида COVID-19-билан коагулопатияни бирга келиш динамикаси

91 **Умурзаков З.Б., Саидахмедов Ш.О., Хайдаров С.А., Махмудов Н.И., Хомидов М.Э.** Динамика показателей COVID-19-ассоциированной коагулопатии по материалам провизорного отделения

АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР ЭТИБОРИГА

Турсунов Э. “КОВИД-19” короновирусининг ўпка тўқимасига кириши ва таъсирининг айрим ҳужайра ва субҳужайравий механизмларига доир

ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

93 **Турсунов Э.** Стратегия вакцинации COVID-19 в Республике Узбекистан

Эркин Турсунов Э.А. “Ковид-19” короновирусининг ўпка тўқимасига кириши ва таъсирининг айрим ҳужайра ва субҳужайравий механизмларига доир

98 **Эркин Турсунов Э.А.** К некоторым клеточным и субклеточным механизмам проникновения и влияния коронавируса “ковид-19”

**ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР,
ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР**

Палванов Т.М., Гафур-Ахунов М.А., Ибрагимов А.Ю. Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи бўғини даражасида хавфли ўсма касалликларини эрта аниқлашда иккиламчи профилактика ўтказишнинг ташкилий асослари

**НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ,
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**

103 **Палванов Т.М., Гафур-Ахунов М.А., Ибрагимов А.Ю.** Организационные особенности и раннее выявление злокачественных новообразований при проведении вторичной профилактики на уровне первичного звена здравоохранения

Курбанов Р.Д., Кучкаров Х.Ш., Зокиров Н.У., Султонов Б.А. Сурункали юрак етишмовчилиги ва булмачалар фибрилляцияси. Терапиянинг замонавий имкониятлари.

108 **Курбанов Р.Д., Кучкаров Х.Ш., Зокиров Н.У., Султонов Б.А.** Хроническая сердечная недостаточность и фибрилляция предсердий. Современные возможности терапии

Ибадуллаева С.С. Аҳоли орасида тиббий маданиятни ривожлантиришда мобил саломатлик

116 **Ибадуллаева С.С.** Мобильное здравоохранение в повышении медицинской культуры среди населения

Закирходжаева Р.А. Тиббий хизматни кетма-кетлиги ва узлуксизлигини яхшилаш хисобига такомиллаштириш

119 **Закирходжаева Р.А.** Совершенствования качества медицинской помощи улучшая преемственность и непрерывность

Абдурахимов З.А., Искандарова Ш.Т., Бердимуратов Д.У. Диагностик боғлиқ гуруҳларни амалга ошириш бўйича ривожланган давлатлар тажрибаси

125 **Абдурахимов З.А., Искандарова Ш.Т., Бердимуратов Д.У.** Опыт развитых стран по внедрению диагностически связанных групп

Исмаилова Ф.Р., Рустамова М.Т. Ошқозонни яллиғланиши ва яраларини ривожланиш механизмида цитокин генларининг полиморфизмлари

128 **Исмаилова Ф.Р., Рустамова М.Т.** Полиморфизмы генов цитокинов в механизмах развития воспалительного и язвенного поражений желудка

Бердимуратов Д.У. Диагностик боғлиқ гуруҳларни ишлаб чиқиш босқичлари

131 **Бердимуратов Д.У.** Этапы разработки диагностически связанных групп

Шадманов А.Қ., Салиев А.Р., Саломова Ф.И. Простата бези гиперплазиясининг эпидемиологияси ва патологиянинг ривожланишида хавф омилларнинг аҳамияти

138 **Шадманов А.Қ., Салиев А.Р., Саломова Ф.И.** Эпидемиология доброкачественной гиперплазии предстательной железы и значение факторов риска в развитии патологии

ҲОТИРА

Ҳожи Улуғович Улуғовнинг хотирасига бағишланади

ПАМЯТЬ

143 Памяти профессора Улугова Хожи Улуговича ассоциация врачей узбекистана

КОЛОНКА РЕДАКТОРА

Благодаря самоотверженной работе медиков и вниманию, которое уделяется развитию медицины в последние годы, мы уверенно переживаем период пандемии, успешно избегая социально-экономических потерь. Пандемия еще раз напомнила нам о бесценном труде медицинских работников, которые, жертвуя собой, спасают здоровье и жизни людей.

Обновления, реализуемые в сфере здравоохранения, являются логическим продолжением реформ. Выделено пять направлений дальнейших преобразований: обеспечение на уровне первичного звена системы раннего выявления и лечения заболеваний, увеличение объема и кардинальное улучшение качества узкопрофильных медицинских услуг через специализированные центры, через цифровизацию резкое сокращение бумажной волокиты, бюрократии и коррупции, развитие конкуренции и расширение участия частного сектора во всех направлениях медицины, повышение уровня знаний медработников, развитие медицинского образования и науки.

В Республике Узбекистан в 2022 году на образование и медицину будет выделено 58 трлн сумов, кроме того, на реализацию 55 новых региональных программ дополнительно еще 12 трлн сумов.

Планируется выделение семейным врачебным пунктам и семейным поликлиникам с 1 января 2022 года дополнительно 10 тысяч штатов средних медработников, чтобы наладить работу «медицинских бригад», а также расширить охват населения более качественными медицинскими услугами в районных многопрофильных центральных поликлиниках. Сегодня учреждения первичного звена имеют потенциал для проведения лечения по 87 видам заболеваний. Для этого планируется дополнительно обеспечить первичное звено квалифицированными кадрами, а также 50 видами лекарственных средств и 16 видами медицинских изделий для экстренной помощи.

Государственно-частное партнерства является одним из самых эффективных методов развития частного сектора, в этой связи наблюдается неуклонный рост количества таких учреждений.

За последние пять лет создано 71 новое предприятие в области фармации, запущено производство более 2,5 тыс. наименований лекарственных средств, 241 наименований медицинских изделий и 78 наименований медицинского оборудования. Объем производства фармацевтической продукции увеличился почти вдвое. В ближайшие пять лет планируется увеличить производство в отрасли в 3 раза и довести объем предложения внутреннего рынка до 80 процентов. Для этого разработаны перспективные проекты на 2022-2026 годы. Еще один крупный проект - инновационный научно-производственный фармацевтический кластер "Tashkent Pharma Park". Будут построены фармацевтический университет, центр фармакопеи, исследовательский центр, центр экспертизы, лаборатории, виварий и научно-экспериментальный производственный корпус.

В стране действуют 17 специализированных медицинских центров. Они проводят медицинские обследования на местах, в результате заболевания выявляются на ранней стадии и облегчается доступ к медицинской помощи. В частности, центры фтизиатрии и педиатрии открыли свои отделения во всех регионах, благодаря чему за последние два года число пациентов, приезжающих в Ташкент, уменьшилось почти на 20%.

К 2022 году будет построен и запущен новый Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов на 300 коек, а возможности реабилитационных центров по оказанию помощи инвалидам в области медицинской и социальной реабилитации увеличатся вдвое, и эта цифра будет расти. до 40 000 человек в год.

Таким образом, за последние годы был принят широкий ряд практических мер по совершенствованию системы здравоохранения. Прилагаются усилия для создания достойных условий труда врачей и медсестер, работающих на местах. Роль медиков в формировании здорового поколения нашей страны сложно переоценить. Если мы будем и далее работать сообща, прикладывая все усилия, реализуя весь свой опыт и знания, это неминуемо будет способствовать повышению доверия и уважения наших соотечественников.

ОЦЕНКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**Қодиров Х.Х., Кравченко Л.Ш.****Кашкадарьинское отделение АБУ, ТашПМИ**

Эмоциональное выгорание имеет прямое отношение не только к качеству жизни медицинских работников, но и оказывает непосредственное влияние на качество медицинской помощи.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, медицинские ошибки.

ШИФОКОР ВА ТАЛАБАЛАР ЎРТАСИДА ЭМОЦИОНАЛ КУЙИШ СИНДРОМИНИ БАҲОЛАШ

Хиссий чарчаш нафақат тиббиёт ходимларининг ҳаёт сифатига бевосита боғлиқ, балки тиббий хизмат сифатига ҳам бевосита таъсир қилади.

Калит сўзлар: чарчаш синдроми, тиббёт хатолари.

EVALUATION OF EMOTIONAL BURN OUT SYNDROME AMONG DOCTORS AND MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

Emotional burnout is directly related not only to the quality of life of healthcare workers, but also has a direct impact on the quality of healthcare.

Key words: burnout syndrome, medical errors.

В современном мире профессия врача требует от специалиста, как физического здоровья, так и психозэмоциональной устойчивости, поскольку ежедневный труд медицинских работников сопряжен с воздействием комплексных стрессорных факторов, что приводит к перегрузке и быстрому физиологическому и психическому истощению [1,2]. Применительно к работе врача различают три основные группы стрессоров: средовые (физические, химические, биологические воздействия), психозэмоциональные (ответственность за жизни пациентов и возросшее количество жалоб, судебных исков), социальные (низкий социально-экономический статус, несоответствие ожиданий от профессии и современных реалий, отсутствие доступа к современным методам диагностики и лечения) [3,4,5]. Синдром эмоционального выгорания врачей (СЭВ) - это синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личностных достижений, который может возникать среди специалистов, занимающихся разными видами даже среди вспомогательных профессий.

СЭВ врачей также может привести к суицидальным попыткам и смерти. В развитых странах мира, такие как США ежегодно около 300 врачей кончают жизнь самоубийством, также в проведенных исследованиях 1% врачей, ответили, что пытались покончить жизнь самоубийством или у них были мысли о самоубийстве[6].

Цель исследования: провести сравнительный анализ синдрома эмоционального выгорания среди врачей и студентов медицинских вузов Республики Узбекистан.

Материалы и методы исследования. Для определения СЭВ среди врачей и студентов медицинских вузов нами был использован разработанный Maslach Burnout Inventory (MBI) опросник для выявления выгорания Маслач. Опросник имеет три шкалы: «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений) и «редукция личных достижений» (8 утверждений). Ответы респондента оцениваются по шкале от 0 до 6 баллов, где 0 – утверждение встречается «никогда», 6 баллов – «каждый день». Чем больше сумма баллов по каждой шкале в отдельности, тем больше у респондента выражены различные аспекты «выгорания», о тяжести «выгорания» можно судить по сумме баллов всех шкал. В исследовании приняли участие врачи г. Карши, Косонского и Чирокчинского района Кашкадарьинской области и студенты старших курсов Ташкентского педиатрического медицинского института. Всего в исследовании приняли участие 326 врачей и 128 студентов. Исследование проводилось в рамках проекта Общественного Фонда по поддержке негосударственных некоммерческих организаций и других институтов гражданского общества при Олий Мажлисе Республики Узбекистан выделенного отделению Ассоциации врачей Узбекистана по Кашкадарьинской области.

Результаты и их обсуждение. «Психозэмоциональное истощение» - процесс исчерпания эмоциональных, физических, энергетических ресурсов профессионала, работающего с людьми. Истощение проявляется в хроническом эмоциональном и физическом утомлении, равнодушии и холодности по отношению к окружающим с признаками депрессии и раздражительности.

«Деперсонализация» (личностное отдаление) - специфическая форма социальной дезадаптации профессионала, работающего с людьми. Личностное отдаление проявляется в уменьшении количества контактов с окружающими, повышении раздражительности и нетерпимости в

ситуациях общения, негативизме по отношению к другим людям.

«Редукция личных достижений» (профессиональная мотивация) – снижение чувства компетентности в своей работе, недовольство собой, уменьшение ценности своей деятельности, негативное самовосприятие в профессиональной сфере. Возникновение чувства вины за собственные негативные проявления или чувства, снижение профессиональной и личной самооценки, появление чувства собственной несостоятельности, безразличия к работе. Снижение уровня рабочей мотивации и энтузиазма по отношению к работе альтруистического содержания. Состояние мотивационной сферы оценивается таким показателем, как продуктивность профессиональной деятельности, оптимизм и заинтересованность в работе, самооценка профессиональной компетентности и степени успешности в работе с людьми.

Согласно полученных данных с нормативами значениями профессионального выгорания нами получены следующие показатели. Показатель «Психозмоционального истощения» среди врачей Чирокчинского района имеет среднее значение, а среди врачей г. Карши и Косонского района, а также студентов медицинских вузов имеет низкое значение; показатель «Деперсонализации» среди врачей г. Карши и среди врачей и студентов медицинских вузов имеет низкое значение, среди врачей Сирокчинского и Косонского района имеет среднее значение. Показатель «Редукция личных достижений» среди врачей Чирокчинского района и Косонского района имеет высокое значение, среди врачей г. Карши крайне высокое значение, а среди студентов медицинских вузов крайне низкое значение (рисунок 1).

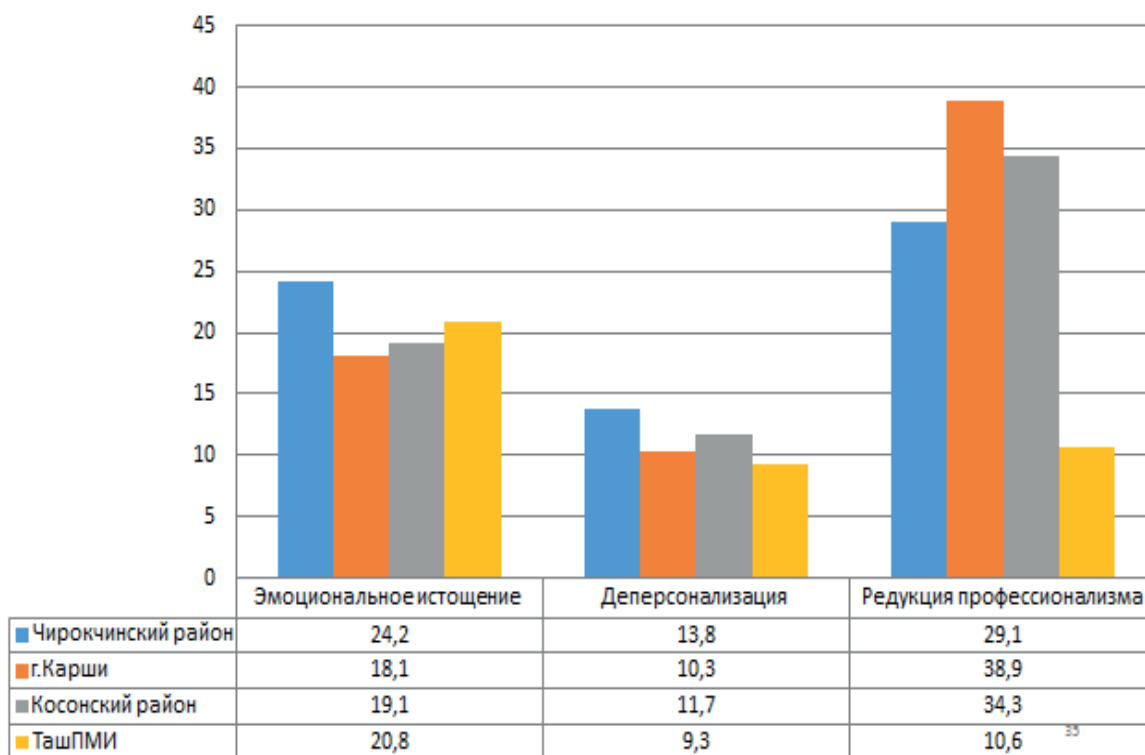


Рис. 1. Результаты профессионального выгорания среди врачей и студентов медицинских вузов

Выводы. Таким образом, своевременное выявление СЭВ и разработка мероприятий по профилактике выгорания является актуальной задачей для руководителей ЛПУ и требует правильной организация труда, обучение навыкам борьбы со стрессом, направление или приглашение на рабочее место специалистов занимающимся вопросами стрессов и их скорейшего преодоления, возможно использование современных методов психотерапии.

Литература.

1. Амиров Н.Х. Берхеева З.М. Гарипова Р.В. Шакирова Л.В. Берхеев И.М. Профессиональная деятельность как основа формирования профпатологии у работников здравоохранения. *Казанский медицинский журнал* 2004;85(4):305-307
2. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. Москва: Академический проспект, ОППЛ; 2000. 719 с.

3. Лэнгле А., Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа. [Пер. с нем.]. *Вопросы психологии* 2008;(3):3–16
4. Резников А.Г. Его называют Эйнштейном медицины. К 100-летию юбилею Ганса Селье. [Интернет]. URL:<http://health-ua.com/article/1644.html> (дата обращения: 19.04.2015).
5. Пасечник И.П. Пасиешвили Л.М. Аспекты реабилитации врача при смерти пациента. *Семейная медицина* 2013;(46):130-132.
6. Сидоров П.И. Синдром эмоционального выгорания. Причины, симптомы, лечение и профилактика. *Педагогическая техника* 2013;(1): 68-74.

УДК: 614.2:616-036.865-053(575.13)

СТРУКТУРЫ ПРИЧИН ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ (на примере Ферганской области)

¹Э.З. Исаков, ²З.А. Абдурахимов, ¹Н.С.Матхошимов

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья,

²Санаторно-курортное управление Федерации профсоюзов Узбекистана

В данной статье авторами проводится анализ структуры первичной инвалидности населения трудоспособного возраста в Ферганской области. Анализируются удельный вес первичной инвалидности населения по причинам, приводящие к инвалидности по классам болезней.

Ключевые слова: инвалидность, уровень, удельный вес, класс болезней анализ, динамика, тенденция.

МЕҲНАТГА ЯРОҚЛИ ЁШДАГИ АҲОЛИ НОГИРОНЛИГИ САБАБЛАРИ СТРУКТУРАСИ

Мазкур мақолада меҳнатга лаёқатли ёшдаги аҳолини ногиронликка олиб келувчи сабабларнинг охириги ўн йилликдаги ўзгариш тенденцияси келтирилган. Унда ногиронликка сабаб бўлувчи касалликларнинг жойлашган ўрнига алоҳида аҳамият берилган.

Калит сўзлар: ногирондик, даража, улуш, касаллик синфлари, таҳлил, динамика, тенденция.

STRUCTURES OF CAUSES OF PRIMARY DISABILITY OF THE WORKING-AGE POPULATION

In this article, the authors analyze the structure of primary disability of the working-age population in the Fergana region. The share of primary disability of the population due to reasons leading to disability by classes of diseases is analyzed.

Keys words: disability, level, specific weight, class of diseases, analysis, dynamics, tendency.

Актуальность. В настоящий момент инвалидность среди трудоспособного населения - это одна из актуальнейших проблем общественного здравоохранения, непосредственно влияющая на социально-экономическое развитие страны [1, 4, 7, 10, 13].

Следовательно, снижению выхода на инвалидность трудоспособного возраста в регионе может способствовать реализация научно обоснованных подходов к изучению и выявлению устранимых причин первичного выхода на инвалидность, что, в свою очередь, может послужить основой при формировании целевых региональных программ с воздействием на наиболее важные факторы, определяющие уровень здоровья населения, в том числе от конкретных причин инвалидности [2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12].

Таким образом инвалидность трудоспособного населения является актуальной проблемой не только для органов здравоохранения и социальной защиты, но и для исполнительных и законодательных органов всех уровней иерархической вертикали управления государства.

Цель исследования. Изучение и анализ причины первичной инвалидности трудоспособного населения в Ферганской области

Результаты исследования.

Изучена структура причин первичной инвалидности трудоспособного возраста в Ферганской области в динамике за 10 лет (2010 -2019 гг.). Анализ показал, что во все годы наблюдения 1-е ранговое место занимали инвалиды вследствие злокачественных новообразований, удельный вес которых колеблется в пределах 11,6-17,9%; в среднем равен 14,9% от общего числа. 2-е ранговое место занимают инвалиды вследствие болезни системы кровообращения, их удельный вес колеблется в пределах 9,8-18,6%; в среднем удельный вес равен 14,8%. 3-е ранговое место занимают инвалиды вследствие психической болезни- 9,6-15,4%; в среднем их удельный вес составил 12,4%. Четвёртое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезни нервной системы- 6,7-13,9%, в среднем - 8,7%. Далее на пятом месте по распространённости

заболеваний следует отнести инвалидов вследствие травмы- 6,2-9,1%, в среднем- 8,3%; инвалиды вследствие болезни органов пищеварения (5,4-8,4%); инвалиды вследствие болезни костно-мышечной системы (4,9-8,5%); с заболеванием болезни эндокринной системы(4,7-7,2%). Далее приходится на болезни глаз; 10-е врождённые аномалии, далее следуют туберкулез.

Структура первичной инвалидности наглядно характеризует рост в последние годы злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, психических расстройств, нервные болезни и травмы. По другим заболеваниям отмечается незначительное колебание.

В среднем почти половины случаев (42,1%) приходится на злокачественные новообразования, заболевания системы кровообращения и психических расстройств; болезни нервной системы, а также и последствия травм, отравлений и несчастных случаев составляют почти треть -17,0%.

Для более полноценной картины изменения структуры инвалидности по нозологиям был применён метод индексной оценки, дающий наиболее достоверное представление об изменении структуры явления, так как имеет наименьшую ошибку.

Для анализа изучена структура первичной инвалидности в динамике по классам болезней трудоспособного возраста в Ферганской области за 10 лет по 2 периодам. Первый период включал в себя инвалидов с 2010 по -2014 гг. и второй период с 2015-2019 гг.

Анализ показал, что за 2010-2014 гг. удельный вес инвалидов вследствие болезней системы кровообращения в 2010; 2011; 2012; 2013; 2014 гг. составил соответственно 18,6%; 15,9%; 16,0%; 16,7%; 15,5% и в среднем за 5 лет равен 16,5% от общего числа и занимали 1-е ранговое место от общего числа наблюдения.

Второе ранговое место занимают инвалиды вследствие злокачественных новообразований, их удельный вес в основном колеблется в 2010; 2011; 2012; 2013; 2014 гг. соответственно в пределах 11,6%; 14,2%; 16,3%; 15,4%; 17,9% и в среднем за 5 лет равен 14,5% от общего числа число наблюдения.

На третьем ранговом месте, инвалиды вследствие **психического расстройства**, их удельный вес в 2010; 2011; 2012; 2013; 2014 гг. составил соответственно в пределах 9,6%; 12,0%; 10,0%; 11,7%; 12,4% и в среднем за 5 лет равен 11,0% от общего числа число наблюдения.

Далее на четвертом ранговом месте инвалиды в **последствии травм**, их удельный вес в 2010; 2011; 2012; 2013; 2014 гг. составил соответственно в пределах 9,1%; 8,2%; 8,7%; 8,4%; 7,9% и в среднем за 5 лет равен 8,5% от общего числа число наблюдения.

Пятое ранговое место занимают инвалиды вследствие **болезни нервной системы**, их удельный вес в 2010; 2011; 2012; 2013; 2014 гг. в основном колеблется соответственно в пределах 7,8%; 9,5%; 8,8%; 8,0%; 6,7% и в среднем за 5 лет равен 8,2% от общего числа число наблюдения.

Таким образом, в результате первые 5 ранговых мест в структуре ВПИ трудоспособного возраста занимают инвалиды вследствие болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, психических расстройств, последствий травм, болезней нервной системы. В среднем удельный вес инвалидов этих классов составляет 58,7% от общего числа (Рис. 3).

Шестое ранговое место в 2010-2014гг. занимают инвалиды вследствие болезни органов пищеварения, их удельный вес составляет 6,2%. Эндокринное заболевание и болезни глаз и его придатков, составляют по 5,3%, данный контингент занимают 7-е ранговое место.

Восьмое ранговое место занимают инвалиды, вследствие туберкулеза удельный вес которых равен 4,0%. Далее десятое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней мочеполовой системы, удельный вес равен 3,1% от общего числа. Далее девятое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней дыхательной системы, удельный вес которых равен 1,9%.

Затем одиннадцатое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезни уха удельный вес которых составляет 1,6%. Затем двенадцатое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезни крови, удельный вес их равен 1,4.

Сведения о структуре ВПИ трудоспособного возраста по классам болезней в Ферганской области за 2015-2019 гг.

Анализ показал, что за 2015-2019 гг. удельный вес инвалидов вследствие злокачественных новообразований в основном колеблется в 2015; 2016; 2017; 2018; 2019 гг. соответственно в пределах 16,2%; 16,9%; 13,1%; 12,7%; 12,4% и в среднем за 5 лет равен 14,3% от общего числа число наблюдениями занимали 1-е ранговое место.

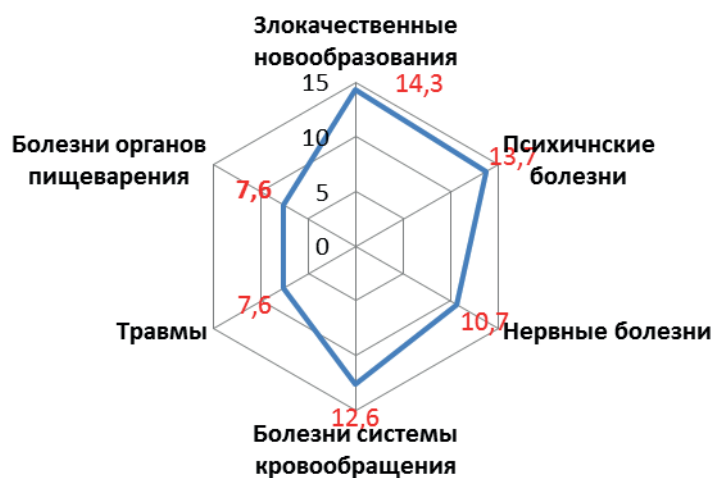


Рис. 3. Структура первичной инвалидности в 2010-2014 гг. лиц трудоспособного возраста по классам болезней с учетом ранговой мест (в%).

Второе ранговое место занимают инвалиды вследствие **психического расстройства**, их удельный вес в 2015; 2016; 2017; 2018; 2019 гг. составил соответственно в пределах 12,0%; 13,6%; 15,4%; 14,3%; 13,4% и в среднем за 5 лет равен 13,7% от общего числа число наблюдения. На третьем ранговом месте болезней системы кровообращения в 2015; 2016; 2017; 2018; 2019 гг. составил соответственно 16,1%; 11,6%; 10,7%; 9,8%; 14,8% и в среднем за 5 лет равен 12,6% от общего числа и занимали 3-е ранговое место от общего числа наблюдения. Затем на четвертом ранговом месте инвалиды вследствие **болезни нервной системы**, их удельный вес в 2015; 2016; 2017; 2018; 2019 гг. основном колеблется соответственно в пределах 7,0%; 11,1%; 12,0%; 13,9%; 9,7% и в среднем за 5 лет равен 10,7% от общего числа число наблюдения. Далее пятое ранговое место занимают болезни органов пищеварения удельный вес в 2015; 2016; 2017; 2018; 2019 гг. основном колеблется соответственно в пределах 7,5%; 6,6%; 7,9%; 7,9%; 7,9% и в среднем за 5 лет равен 7,6% от общего числа число наблюдения. Также пятое место занимали инвалиды **последствия травм**, их удельный вес в 2015; 2016; 2017; 2018; 2019 гг. составил соответственно в пределах 8,8%; 8,3%; 8,1%; 6,6%; 6,2% и в среднем за 5 лет равен 7,6% от общего числа число наблюдения.

Таким образом, в результате первые 5 ранговые места в структуре ВПИ трудоспособного возраста занимают инвалиды вследствие злокачественных новообразований, психических расстройств, болезней системы кровообращения, болезней нервной системы, последствий травм и болезни органов пищеварения. В среднем удельный вес инвалидов этих классов составляет 66,5% от общего числа (Рис 4.).

Шестое ранговое место в 2015-2019 гг. занимают инвалиды вследствие болезни костно-мышечной системы, их удельный вес составляет 6,3%.

Болезни эндокринной системы, составляют по 5,8%, данный контингент занимает 7-е ранговое место, далее восьмое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезни глаз, удельный вес их составляет 4,3% от общего числа.

Девятое ранговое место занимают инвалиды, вследствие болезней туберкулёза, удельный вес равен 3,0% от общего числа.

Далее десятое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезней дыхательной системы, удельный вес которых равен 2,9%. Затем одиннадцатое ранговое место занимают инвалиды вследствие болезни органов дыхания, удельный вес которых составляет 2,8%.

Абсолютное число инвалидов трудоспособного возраста по всем классам болезней, всего за 10 лет и среднескользящие показатели (в среднем в год) представлены в табл. 26 и 27 и рис. 13-14 показывает, что ранговые места различные годы отличается (Рис. 5).

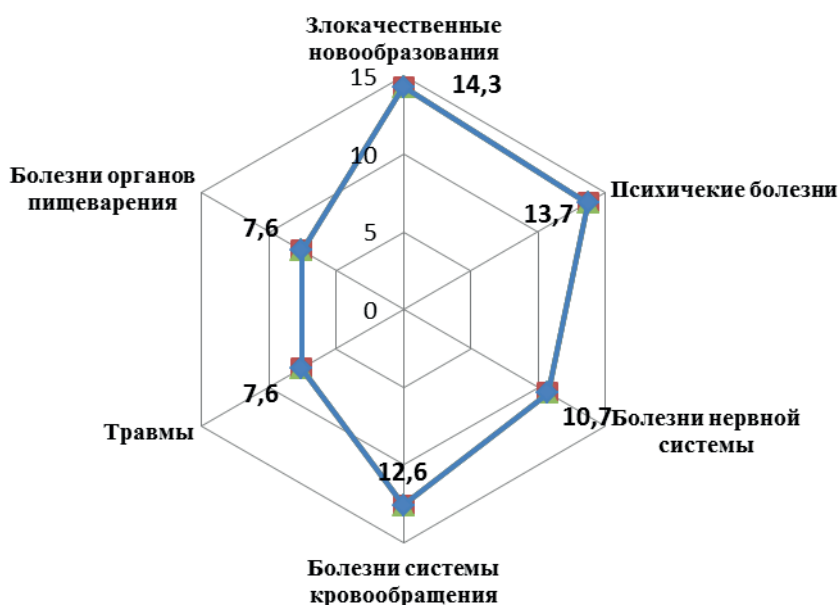


Рис. 4. Структура первичной инвалидности в 2015-2019 гг. лиц трудоспособного возраста по классам болезней с учетом ранговой мест (в%).

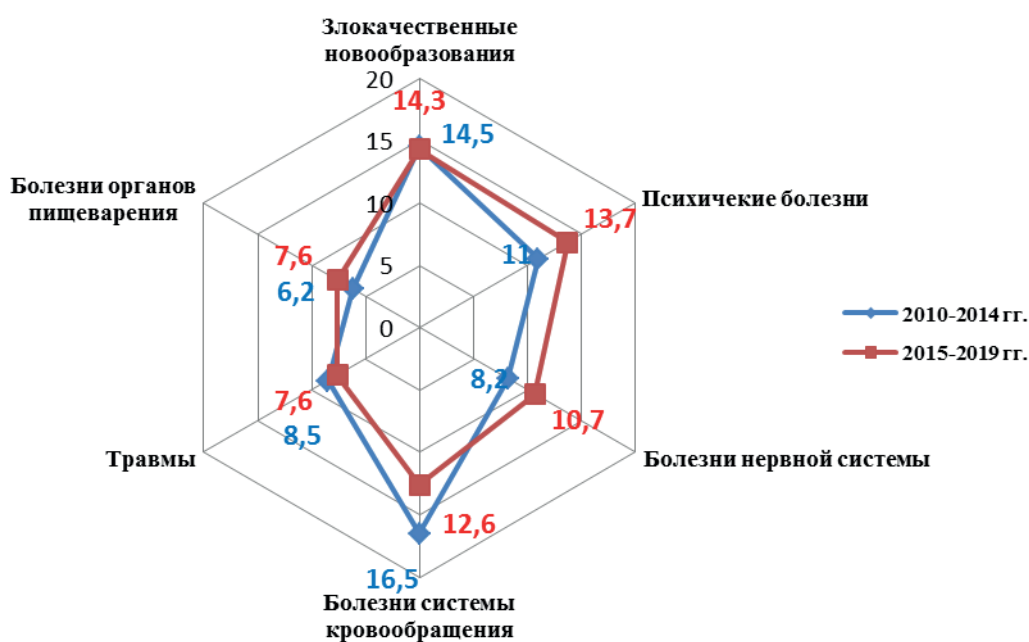


Рис. 5. Структура первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста по классам болезней с учетом ранговой мест (в%).

Если в первый период 2010-2014гг. инвалидность трудоспособного возраста формировалось больше всего за счет инвалидов вследствие болезней системы кровообращения, а в втором периоде 2015-2019 гг. формируются зачет инвалидами злокачественными новообразованиями.

Среди мужского населения инвалидов трудоспособного возраста первое ранговое место занимают болезни психических расстройств и расстройства поведения-15,5%, второе место занимают инвалиды вследствие болезни системы кровообращения - 14,9%, затем третье ранговое место инвалиды вследствие болезней нервной системы их удельный вес составляет-11,4%.

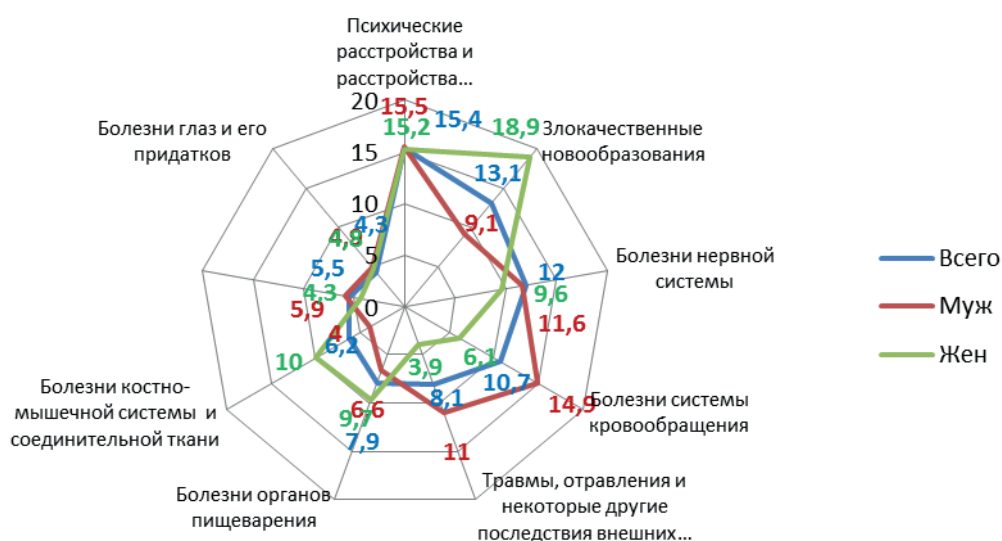


Рис. 6. Структуры первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста по классам болезней с учетом ранговой мест (в%).

Таким образом, установлено, что у мужского населения инвалидов трудоспособного возраста первое ранговое место занимают болезни психических расстройств и расстройства поведения, а среди женского населения инвалидов трудоспособного возраста первое ранговое место занимают злокачественные новообразования.

Выводы:

1. В первом периоде 2010-2014гг. первые 5 ранговых мест в структуре ВПИ трудоспособного возраста занимают инвалиды вследствие болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, психических расстройств, последствий травм, болезней нервной системы. В среднем удельный вес инвалидов этих классов составляет 58,7% от общего числа.

2. В втором периоде 2015-2019гг. первые 5 ранговых мест в структуре ВПИ трудоспособного возраста занимают инвалиды вследствие злокачественных новообразований, психических расстройств, болезней системы кровообращения, болезней нервной системы, последствий травм и болезни органов пищеварения. В среднем удельный вес инвалидов этих классов составляет 66,5% от общего числа.

3. Выявленные закономерности формирования первичной инвалидности трудоспособного населения с учетом классов болезней, являются основой для разработки комплексных целевых программ по профилактике снижению инвалидности.

Литература.

1. Административные системы и политика правосудия в сфере предоставления инвалидам ассистивных технологий и изделий (технических средств реабилитации) / М.А.Севастьянов, М.В. Коробов, О.Н. Владимирова, О.В. Вардосанидзе, А.В. Максимов, И.А. Божков // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 3. – С. 10–16.
2. Анализ показателей первичной инвалидности взрослого населения в Республике Башкортостан / Р.М. Арсланов, Р.М. Халфин, И.Р. Валеев,
3. Н.З. Шарафутдинова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – № 4. – С. 53–59.
4. Анализ состояния социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации / А.С.Башкирёва, В.П. Шестаков, А.А. Свинцов, Г.И. Чернова, Т.С. Чернякина, Е. Ю. Качан, Е.А. Богданов // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26. – № 3. – С. 569–574.
5. Андреева О.С. Правовые организационные и методические основы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации и (или) абилитации инвалида: учебно-методическое пособие / О.С. Андреева. – М.: ФБМСЭ, 2015. – 144 с.
6. Барина Г. В. Инвалидность как социальное явление современной России / Г. В. Барина. – Саратов: Наука, 2015. – 189 с.
7. Божков И. А. Современная российская модель обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и перспективы её совершенствования / И.А. Божков, М.А. Севастьянов, В. А. Бронников // Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т. 11. – № 2. – С. 273–283.

8. Горшков В.И. Основные тенденции первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края в динамике за 16 лет (1997–2012 гг.) / В.И. Горшков Д.В. Сапожникова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 3. – С. 30–33.
9. Гусева Н.К. Особенности формирования первичной инвалидности взрослого населения Нижегородской области / Н.К. Гусева С.В. Герман // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 15–19.
10. Драенкова Ф.Р. Динамика и тенденции первичной инвалидности взрослого населения Рязанской области / Ф.Р. Драенкова Л.С. Пустынкина, А.Е. Лесовой // Наука молодых – Eruditio Juvenium. ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. – 2013. – № 4. – С. 115–119.
11. Захарьян А.Г. Особенности первичной инвалидности населения Новосибирской области / А.Г. Захарьян // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 1. – С. 38–44.
12. Куликова Н.Г. Медико-социальные особенности больных трудоспособного возраста с первичной инвалидностью / Г.Г. Куликова С.Ш. Камурзоева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 14–16.
13. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности у лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста в Российской Федерации / О.Н. Владимирова, А.С. Башкирёва, М.В. Коробов, О.В. Ломоносова, О.В. Хорькова // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30. – № 4. – С. 498–504.
14. Первичная инвалидность лиц трудоспособного и старше трудоспособного возраста как медико-социальный индикатор состояния здоровья и старения населения в Российской Федерации / О.Н. Владимирова, А.С. Башкирёва, М.В. Коробов, О.В. Ломоносова, О.В. Хорькова // Клиническая геронтология. – 2017. – Т. 23. – № 7/8. – С. 28–36.

УДК: 332.024(470.12)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛЮЧЕВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЯ (МЕНЕДЖЕРА) В ОБЛАСТИ ПОВЫШЕНИЯ КУЛЬТУРЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СОТРУДНИКОВ В ОРГАНИЗАЦИИ

Талипов И.Я., Мухамедова Н.С.
ТашПМИ

В данной публикации проведен анализ основных проблем, связанных с организационной культурой в медицинских организациях. Приведены данные о развитии принципов и методов эффективной организационной культуры и методов, которые применяются для развития данной функции в управлении. Определена роль ключевых компетенций руководителя в данной сфере.

Ключевые слова: организационная культура, компетенции, менеджмент

ТАШКИЛОТДА ХОДИМ МУНОСАБАТЛАРИ МАДАНИЯТИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ СОҶАСИДА МЕНЕЖЕР (МЕНЕЖЕР) НИНГ АСОСИЙ ВАКОЛАТЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Ушбу нашр тиббий ташкилотлардаги ташкилий маданият билан боғлиқ асосий муаммоларни таҳлил қилади. Самарали ташкилий маданият тамойиллари ва усулларини ишлаб чиқиш ва бошқарувда ушбу функцияни ишлаб чиқиш учун қўлланиладиган усуллар тўғрисидаги маълумотлар келтирилган. Бу соҳада раҳбарнинг асосий ваколатларининг ўрни белгиланади.

Калит сўзлар: ташкилий маданият, ваколатлар, бошқарув

IMPROVING THE KEY COMPETENCIES OF THE MANAGER (MANAGER) IN THE FIELD OF IMPROVING THE CULTURE OF EMPLOYEE RELATIONSHIPS IN THE ORGANIZATION

This publication analyzes the main problems associated with organizational culture in medical organizations. The data on the development of the principles and methods of effective organizational culture and methods that are used for the development of this function in management are presented. The role of the key competencies of the head in this area is determined.

Key words: organizational culture, competencies, management

Принципы реформы здравоохранения реализуются во все ускоряющемся режиме, что, в свою очередь, определяет ускорение темпов обновления систем управления медицинских организаций, модернизацию управленческой культуры. В эффективной медицинской организации осуществляется комплексная оптимизация управления, постоянно совершенствуются управленческие отношения, модернизируется культура управления. При этом модернизация культуры управления медицинской организации, с одной стороны, должна быть синхронной оптимизации системы управления. С другой - иметь относительную самостоятельность, отражать длительный период целевого управления организационным развитием. С третьей - модернизация культуры управления медицинской организации немыслима без фундаментального научного социологического исследования и обоснования данных социальных процессов развития организации [4].

Термин «корпоративная культура» только на первый взгляд кажется новым определением, однако появился он в XIX веке. Он был сформулирован и применен немецким фельдмаршалом Мольтке, который применял его, характеризуя взаимоотношения в офицерской среде. В то время взаимоотношения регулировались не только уставами, судами чести, но и дуэлями: сабельный шрам являлся обязательным атрибутом принадлежности к офицерской «корпорации». Правила поведения, как писанные, так и неписанные, сложились внутри профессиональных сообществ еще в средневековых гильдиях, причем нарушения этих правил могли приводить к исключению их членов из сообществ [2].

Корпоративная культура медицинских учреждений в Республике Узбекистан - явление очень мало изучаемое. Попробуем ответить на главный вопрос, нужна ли корпоративная культура лечебному учреждению? Работа любого учреждения здравоохранения и так строго регламентируется профессиональными нормами, многочисленными должностными инструкциями. К чему еще формировать свод корпоративных правил поведения и взаимодействия сотрудников между собой, с руководством и пациентами?

Однако следует отметить, что каждое учреждение здравоохранения имеет свой, только ей присущий стиль, философию и принципы, методы принятия решений, деловую практику, кодекс ценностей, а также особую систему внутренних взаимоотношений. Основные принципы культуры, чувство духовной общности работников компании, часто оказывают гораздо большее влияние на результаты деятельности, чем технологические или экономические ресурсы, организационная структура, инновации или нормирование времени. Безусловно, все эти компоненты необходимы для успеха. Но и приверженность ее работников основным принципам организационной культуры является важным фактором успеха учреждения [5].

Успех работы учреждения здравоохранения зависит не только от мастерства врача и применяемой им технологии, - важную роль играет качество работы всего персонала. Поэтому необходимо больше внимания уделять корпоративным тренингам по повышению уровня коммуникативных навыков персонала: умению устанавливать и поддерживать контакт с пациентом, грамотно проводить презентацию услуг клиники. На конкурентном рынке именно организационная культура, индивидуальная аура предприятия может стать решающим аргументом для пациента при выборе клиники и доктора [1].

Важнейшим субъектом управления оказания медицинских услуг в новых условиях является пациент. Ведь именно состав пациентов, динамика их состояния социального здоровья определяет уровень финансирования, ресурсного обеспечения медицинской организации. Поэтому пациент является заказчиком и одновременно субъектом принятия окончательных решений по проблеме выбора средств, методик и программы оказания медицинских услуг. Ему в конечном итоге должна быть подчинена вся деятельность медицинской организации, он должен быть привлечен к принятию тактических управленческих решений [3].

Необходим отказ от традиционных управленческих ценностей бездумного и безликого послушания и подчинения имеющимся распоряжениям и социальным ожиданиям, жестко установленным управленческим ролям в структуре управленческой власти.

Необходимо формирование ценностей профессионального раскрепощения, возможность внедрения трудовых новаций, равноправного сотрудничества топ-менеджера, лечащего врача, пациентов, предоставление возможностей для самостоятельности, инициативы и новаторства медицинских работников, роста социальной ответственности и социальных ожиданий врачей в связи с внедрением новой прогрессивной системы стимулирования труда медицинского персонала. Инновационный тип культуры управления медицинской организации определяет расширение выбора и высокую степень привлечения пациента к управлению оказанием медицинских услуг, резкий рост стимулирования деятельности медицинских работников, разработок и внедрения новых медицинских идей, разрушение барьеров использования инициативы медицинских работников [5].

Каждый волен сам выбирать наиболее приятное для него определение корпоративной культуры, однако, ясно, что общий смысл сказанного идентичен во всех определениях – культура представляет собой большую область явлений материальной и духовной жизни коллектива: доминирующие в нем моральные нормы и ценности, принятый кодекс поведения и укоренившиеся ритуалы, традиции, которые формируются с момента образования организации и разделяются большинством сотрудников [7].

В условиях реформы здравоохранения Узбекистана создается объективная необходимость модернизации культурных управленческих норм, принципов, ценностей организации.

Необходимо отказаться от количественной оценки результатов деятельности системы управления медицинской организации, перейти на качественные оценки социального здоровья пациентов больницы, формирование инновационных культурных принципов, норм и ценностей управления в медицинской организации. Важнейшим субъектом управления оказания медицинских услуг в новых условиях является пациент. Ведь именно состав пациентов, динамика их состояния социального здоровья определяет уровень финансирования, ресурсного обеспечения медицинской организации. Поэтому пациент является заказчиком, соуправленцем и одновременно субъектом принятия окончательных решений по проблеме выбора средств, методик и программы оказания медицинских услуг.

Необходим отказ от традиционных управленческих ценностей бездумного и безликого послушания и подчинения имеющимся распоряжениям и социальным ожиданиям, жестко установленным управленческим ролям в структуре управленческой власти. Трансформация административных методов управления, активное делегирование управленческих полномочий, создание благоприятных условий для интеграции профессиональной деятельности врачей разного профиля. Только передача управленческих полномочий лечащему врачу и пациенту может создать условия формирования инновационных принципов культуры управления медицинской организации.

Необходимо формирование ценностей профессионального раскрепощения, возможность внедрения трудовых новаций, равноправного сотрудничества топ-менеджмента, лечащего врача, пациентов, предоставление возможностей для самостоятельности, инициативы и новаторства медицинских работников, роста социальной ответственности и социальных ожиданий врачей в связи с внедрением новой прогрессивной системы стимулирования труда медицинского персонала. Инновационный тип культуры управления медицинской организации определяет расширение выбора и высокую степень привлечения пациента к управлению оказанием медицинских услуг, резкий рост стимулирования деятельности медицинских работников, разработок и внедрения новых медицинских идей, разрушение барьеров использования инициативы медицинских работников [8].

Необходимо формирование партнерских управленческих ценностей медицинских работников и пациентов. Лечащий врач и пациент должны быть поставлены в положение, когда они становятся новаторами партнерского типа, ведущие совместный поиск оптимальных вариантов реализации медицинской услуги при ограниченных материальных ресурсах. Одновременно формальные управляющие организации должны максимально делегировать свои тактические управленческие функции, сосредоточив внимание на стратегических аспектах управления, нормировании средств и социальном контроле деятельности медицинских работников. При этом тактическое управление деятельностью по оказанию медицинских услуг должно максимально передаваться в ведение лечащего врача и пациента [6]. Необходим максимальный отказ от излишней централизации управленческой власти, переход к демократизации культуры управленческих отношений, перестройки системы формального социального контроля за процессами в структурных единицах медицинской организации, введение и активизация системы неформального социального самоконтроля врача и пациента по конкретным процессам оказания медицинского обслуживания.

Литература.

1. Антонова Н.Л., Иванова Д.А. Организационная культура как инструмент эффективного управления организацией. В сборнике: Наука и инновации XXI века. Сборник статей по материалам VI Всероссийской конференции молодых ученых. Сургут, 2020. С. 153-155.
2. Балабанов И. Т. «Основы стратегического менеджмента», – М.: Наука, – 2015. – 587 с.
3. Барвитенко Ю.Н., Сербулов Ю.С., Щербаков В.М., Росляков А.И., Юшин И.В. Принципы информационной поддержки руководителей и специалистов лечебно-профилактических учреждений на основе анализа обращаемости населения за медицинской помощью // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2013. Т. 12. № 2. С. 570-576.
4. Барскова Г. Н. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров / Г. Н. Барскова, А. А. Князев, А. А. Смирнов // Социальные аспекты здоровья населения. — 2010. — No 15. — С. 9–16.
5. Бельшев Д.В., Куликов Д.Е., Хаткевич М.И. Визуализация данных в автоматизированном рабочем месте руководителя лечебно-профилактического учреждения // Программные системы: теория и приложения. 2010. Т. 1. № 4 (4). С. 23-32.
6. Репинский О.Д., Дмитриев С.Н. Управление инновациями и инновационной деятельностью предприятия с помощью корпоративной культуры. // В сборнике: Байкальская наука: идеи, инновации, инвестиции.

Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции. 2020. С. 103-110.

7. Саблин И.Д. Совершенствование системы мотивации медицинского персонала в бюджетном учреждении здравоохранения на примере отделения экстракорпоральных методов гемокоррекции КГБУЗ «Перинатальный центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края // Лидерство и менеджмент. – 2016. – Т. 3. – № 4. – С. 259-276. – doi: 10.18334/lim.3.4.37170.
8. Сандин Е.Д., Андреева Л.О. Организационная культура как механизм повышения эффективности деятельности предприятия. В сборнике: Сборник статей магистрантов ММА - 2020. Москва, 2020. С. 190-195.

УДК: 614.1:614.254:001.8

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ И ПУТИ ИХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹Маматханова Г. М., ²Исмаилов С. И.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья,

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В.Вахидова.

В данной статье авторы дают представление о важности анализа больших объемов данных, посвященных совершенствованию учетной документации в здравоохранении, и важности статистических данных, собираемых ими в системе Министерства здравоохранения, а также о точном, надежном заполнении и хранении документов медицинским персоналом в любом департаменте здравоохранения.

Ключевые слова: статистика, медицинская документация, информация, отчетная форма, электронная система.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШНИНГ БИРЛАМЧИ МУАССАСАЛАРИДА ТИББИЙ ҲИСОБ ҲУЖЖАТЛАРИНИ ЮРИТИЛИШ СИФАТИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ ВА УЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

Ушбу мақолада муаллифлар соғлиқни сақлашда бухгалтерия ҳужжатларини такомиллаштиришга бағишланган катта ҳажмдаги маълумотларни таҳлил қилиш муҳимлигини ва соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимида тўпланган статистик маълумотларнинг аҳамиятини, шунингдек, ҳар қандай соғлиқни сақлаш бўлимида тиббий ходимлар томонидан ҳужжатларни аниқ, ишончли тўлдириш ва сақлашни тушуниш имконини беради.

Калит сўзлар: статистика, тиббий ҳужжатлар, ахборот, ҳисобот шакли, электрон тизим.

ANALYSIS OF THE QUALITY OF MEDICAL ACCOUNTING RECORDS AND WAYS TO IMPROVE THEM IN PRIMARY HEALTH CARE INSTITUTIONS

In this article, the authors give an idea of the importance of analyzing large amounts of data devoted to improving accounting records in health care, and the importance of statistical data collected by them in the system of the Ministry of Health, as well as the accurate, reliable filling and storage of documents by medical personnel in any health department.

Keywords: statistics, medical documentation, information, report form, electronic system.

Актуальность. Заполнение документов, учетная работа, сбор медицинской статистики и отчетность составляют значительную часть деятельности медицинской организации. Это справедливо как с точки зрения важности для достижения целей деятельности организации, так и с точки зрения затрат труда. Ведение учетных документаций также требует от всех задействованных сотрудников медицинской организации (врачей, медсестер, статистиков и др.) значительного объема работ по заполнению документов, учету выполненных осмотров и исследований, формированию отчетов [5, 9].

Актуальность задач автоматизации учета и отчетности в первичном звене связана с тем, что учетная работа и формирование отчетности составляют значительную часть деятельности медицинской организации как с точки зрения достижения целей деятельности организации, так и с точки зрения затрат труда [2, 4, 6, 10].

В тоже время, медицинская документация достаточно разнородна, она имеет различные формы и различные подходы к оценке индикаторов, что усложняет всю систему и создает системные предпосылки погрешностей.

Следовательно, это, в свою очередь, требует всестороннее изучение состояния медицинской документации, используемой в учреждениях первичного звена здравоохранения.

При проведении экспертных мероприятий независимо от направления оценивается

медицинская документация: в том числе заполнение соответствующей учетной формы, качество записей, характеризующих состояние здоровья пациента, правильность выбора диагностических методик, адекватность назначенного лечения и его сроков. «Обязанности медицинских организаций» определяются требованиями к медицинским организациям по ведению медицинской документации: вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [1,3,7, 8].

Цель исследования. Изучение состояния отчетно-учетной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Методы исследования. Структурно-функциональный анализ учетной медицинской документации, объектами исследования явились семейные поликлиники города Ферганы и в качестве учетного материала послужили отчетно-отчетные медицинские документации.

Результаты исследования и их обсуждение. По согласному приказу от 31 декабря 2020 года №363 «О совершенствовании документаций медицинского учета во всех лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

1.в разделе «Журнальные формы в амбулаторно-поликлинических учреждениях 1-2-3-4 уровня» утверждены 16 видов журнальных форм;

2. в разделе «Карточки и бланки в амбулаторно-поликлинических учреждениях 1-2-3-4 уровня» утверждены 27 видов документов, которые используются в амбулаторно-поликлинической службе.

В результате изучения учетных документаций, а также по мнению многочисленных сотрудников лечебно-профилактических учреждений, для практической работы необходимо усовершенствовать некоторые дублирующие из используемых учетных документов, которые являются важными для заполнения и составления отчетов.

Кроме того, разработать и приспособить некоторые учетные формы согласно приказам соответствующих специальностей кроме приказа № 363.

Например: Ф. 011/У «Индивидуальная карта беременной и родильницы».

Ф. -34/У «Журнал регистрации анализов крови и их результатов»,

Ф.-38/У «Журнал регистрации анализов мочи, кала и мазков».

Если учесть изменение приказов по ведению учетных документаций в учреждениях первично медико-санитарной помощи, приходится сложно переходить с одной учетной формы на другую. Хотя структура учетных форм не изменяется, но конкретных инструкций по ведению данных форм не прилагается. Следовательно, это требует всестороннее изучение состояния и правильного ведения медицинской документации.

Например,

При замене приказов, т. е. от приказа № 777 от 2017 года 25 декабря переход на приказ №363 от 2020 года 31 декабря для обновления утвержденной формы Ф-025/У «Амбулаторно медицинская карта пациента» медицинскому персоналу приходится затрачивать дополнительное время, а также финансовые расходы с личного бюджета для распечатки титульного листа учетной формы. Кроме того, так как в учреждениях первичного звена здравоохранения не выделяется достаточных финансовых средств на приобретение учетных документаций, некоторые учетные формы медицинский персонал в обязательном порядке приобретает с личного бюджета. Если учесть количество прикрепленного населения в одном участке на 1 должность врача подходит по 2000- 2500 населения, приходится менять титульный лист всех «Амбулаторно медицинских карт пациентов».

Данная ситуация в свою очередь, создает ряд трудностей при составлении отчетов и в конечном итоге они могут способствовать искажению статистических отчетов.

Для заполнения новой утвержденной формы Ф-025/У чтобы полностью отражать все необходимые данные и параметры развития ребенка, а также предоставить точную информацию в карте, ВОП необходимо дополнительно ввести соответствующие таблицы на отдельных листах бумаги выполнять множества мелких технических работ, которые занимают лишнего времени врачей и медсестер. Кроме того, при введении новых форм возможны и допускаются утери отдельных дополненных листов, содержащих множества данных. В самой утвержденной фирменной форме «Амбулаторно медицинская карта пациента» стандартный размер не соответствует ведению, т. е. специалисты затрудняются вводить записи в карту, а также если пациент состоит на диспансерном учёте и считается часто болеющим данная карта

может заполниться до 1 года жизни, дальше приходится подклеивать дополнительные листы.

Одновременно форма № 037-У «Листок обмена направлений», утвержденной приказом № 363 (согласно ПКМ №718, приказ Минздрава РУ № 535). Данный документ также представляет определенные трудности в повседневной работе местных врачей при оформлении его и при дальнейшем наблюдении за пациентом со стороны ВОП. Поскольку для направления пациента на стационарное лечение или для получения ордера к учетному документу № 037-У «Листок обмена направлений» должна быть приложена «Выписка из медицинской карты амбулаторного больного», форма № 027-У и «Амбулаторно медицинская карта пациента» форма № 025-У с результатами всех диагностических обследований.

Это приводит к дополнительной затрате времени, на дублирование учетной документации и кроме того, этот листок вовремя не возвращается со стороны пациента после выписки из стационара или после консультации и лечебно-диагностических мероприятий в многопрофильной поликлинике, а «Амбулаторно медицинская карта пациента» остаётся на руках пациентов.

Кроме того, Ф. 011/У «Индивидуальная карта беременной и родильницы». В связи с утверждением новых стандартов и протоколов от 2016 года и приказа № 137 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 17 января 2013 года «Об организации и обеспечении антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным а учреждениях первичной медико-санитарной помощи» врачи общей практики и акушер-гинекологи функционирующие в амбулаторно-поликлинических учреждениях используют приемлемые варианты медицинских карт, т.е. приспособливают учетные формы согласно приказов, касающихся их специальности.

Ф. -34/У Журнал регистрации анализов крови и их результатов, Ф.-38/У Журнал регистрации анализов мочи, кала и мазков. Так как в лабораториях поликлиник клинические исследования проводят другие специалисты, а биохимические анализы проводят другие, в один журнал, в одно и то же время невозможно регистрировать проводимые исследования. Кроме того, в данном журнале разделены такие столбцы, которые не соответствуют поликлиническим исследованиям (например, не определяются следующие показатели: гликозированный гемоглобин, триглицериды, ПТИ, из коагулограммы определяется только лишь фибриноген), из-за чего остается слишком мало места для регистрации основных показателей анализов определяемых в поликлинической лабораториях. Так же невозможно расшифровать все показатели анализов мочи, кала и мазков в одном журнале, из-за маленького масштаба столбцов. Учитывая эти проблемы, специалисты лабораторий вынуждены расписывать каждые анализы подробно в отдельных рабочих журналах, потом уже переписывать в утвержденный журнал, а это в свою очередь приводит к лишней затрате времени, зачастую нерабочего времени медперсонала и бумажной документации (затрата финансовых средств на которых приходится на сам медперсонал).

На сегодняшний день, не смотря на то что во всех семейных поликлиниках программа «**Электронная поликлиника**», из-за отсутствия ясной и четкой стратегии развития, неразвитости рыночных механизмов, неэффективного менеджмента, технической и технологической отсталости, трудности с мониторингом и оценкой деятельности системы, органов и организаций здравоохранения, слабой информатизации и неразвитости коммуникационных сетей, кадровой не укомплектованности, незаинтересованности работников здравоохранения в результатах труда, система здравоохранения не достигла эффективности перехода на информационную систему. В итоге, по сей день продолжается ведение всех учетных документов на бумажных носителях.

Выводы:

1. Практический опыт показывает, что, применения медицинских документов, утвержденных действующими приказами Министерства здравоохранения, для решения возникающих проблем, при оформлении учетно-отчетных документов, должно согласоваться ведущими экспертами с учетом мнений специалистов, работающих в системе практического здравоохранения, т. е. в первичном звене.

2. Медицинский персонал поликлиник, должен быть подготовлен для создания действующей электронной поликлинической системы учреждений первичной медико-санитарной помощи, для чего считается важным досконально ознакомиться с инструкцией ведения бумажных учетно - отчетных медицинских форм.

3. Основной проблемой, возникающей при внедрении электронных систем, является отсутствие нормативной базы в отношении электронных способов ведения медицинской

документации, которая позволит обеспечить их правовой статус и эффективное использование в медицине и здравоохранении, т.е. существующая нормативная документация просто не рассматривает электронные способы документирования, поэтому для обеспечения правовых основ ведения электронных документов необходимо пересмотреть огромный объем нормативной документации, принимавшейся и действующей в последние годы.

Литература.

1. Асадов Д.А., Дурманов Б.Д., Исмаилов С.И. Реформирование системы здравоохранения в Узбекистане // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины за рубежом. - №5. - Москва. - (сент.2003). 2003. - С.54-57.
 2. Бойко Е.Л. Цифровое здравоохранение / Е.Л. Бойко // Вестник Росздравнадзора. - 2018. - № 3. - С. 5-8.
 3. Гайдаров Г.М. Социологические аспекты проблем в организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений / Г.М.Гайдаров Г.М., И.С. Кицул, Н.Ю.Ростовцева // Здравоохранение. 2004. -№3 -С. 139-149.
 4. Гусев С.Д., Гусев Н.С., Бочанова Е.Н. Информационное обеспечение оказания качественной медицинской помощи при использовании медицинских информационных систем. Врач и информационные технологии. - 2016.
 5. Дюкарева А.М. Опыт оптимизации деятельности поликлиники / А.М. Дюкарева, Ю.А. Ленгин. // Здравоохранение. 2003. -№10. -С.39-45.
 6. Зарубина Т.В. Актуальные вопросы внедрения информационных технологий в здравоохранение / Т.В. Зарубина // Вестник Росздравнадзора. - 2018. - № 3. - С. 20-25.
 7. Зингерман Б. В., Шкловский-корди Н. Е. Электронная медицинская карта и принципы ее организации. Врач и информационные технологии. - 2013.
 8. Искандаров Т.И. Основные принципы новой международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем // Мед. журнал Узбекистана - 2000 - № 3. С. 2-4.
 9. Исмаилов С.И., Дурманов Б.Д., Джамалутдинова И.Ш. Стандартизация понятий базы статистики здравоохранения. //Здравоохранение. - Дискуссион. - №9. - Белоруссия, Минск. - 2003. - С.31-34.
- Исмаилов С.И. Совершенствование системы первичной регистрации заболеваемости в амбулаторных и госпитальных учреждениях. //Медицинский журнал Узбекистана. - №2. - 2005. - С.7-8.

УДК:616.98-26-78

К ОЦЕНКИ УРОВНЯ КОМПЕТЕНЦИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ РАЙОННОГО И ОБЛАСТНОГО УРОВНЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Мирсаидова Х.М.
(ТашПМИ)

Нами проведена пилотная оценка определения компетентности по бальной модели среди главных врачей учреждений здравоохранения Ферганской, Сырдарьинской и Навоийской области. Согласно полученным результатам самый высокий показатель по разработанной нами модели получили руководители лечебно-профилактических учреждений Ферганской области.

Ключевые слова: компетентность, руководители ЛПУ, оценка.

ТУМАН ВА ВИЛОЯТ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ МУАССАСАЛАРИ РАҲБАРЛАРИНИ КОМПЕТЕНТЛИГИНИ БАҲОЛАШГА ОИД

Фарғона, Сирдарё ва Навий вилоятларидаги даволаш-профилактика муассасалари бош врачлари ўртасида уларнинг компетентлигини балли модел асосида баҳолаш синови ўтказилди. Олинган натижаларга кўра, биз ишлаб чиққан модел бўйича энг юқори кўрсаткич Фарғона вилоят даволаш-профилактика муассасалари раҳбарлари орасида аниқланди.

Калит сўзлар: компетентлик, даволаш-профилактика муассасалари раҳбарлари, баҳолаш.

TO ASSESSMENT OF THE LEVEL OF COMPETENCE OF HEADS OF DISTRICT AND REGIONAL LEVEL OF HEALTH CARE

We carried out a pilot assessment of the determination of competence by a point model among the chief doctors of health care institutions in Fergana, Syrdarya and Navoi regions. According to the results obtained, the highest indicator according to the model developed by us was received by the heads of medical and preventive institutions of the Fergana region.

Key words: competence, heads of health care facilities, assessment.

Поиск и отбор персонала - важная задача кадровой политики в любой сфере деятельности, целью которой является достижение наиболее высоких конечных результатов деятельности предприятия[1,3].

Согласно Концепции развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы утвержденного Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 предусмотрено усиление потенциала органов управления здравоохранением, повышение роли и ответственности их руководителей для реализации задач Концепции и улучшения качества медицинской помощи населению республики. В настоящее время практика, применяемая в Республики Узбекистан, как и в большинстве постсоветских систем здравоохранения, предусматривает назначение главных врачей в качестве «главных менеджеров больниц», при этом они мало обучены современным методам управления.

Профессиональная подготовка руководителей здравоохранения осуществляется высшими учебными заведениями Республики Узбекистан через магистратуру или специализацию на основе положений Государственных образовательных стандартов, в которых определены компетенции – универсальные и профессиональные, которыми должны обладать лица, освоившие программу обучения, а также общие требования к ней. Вместе с тем в образовательных стандартах не учитываются характеристики компетенций врачебного состава, занимающего в ЛПУ (лечебно-профилактических учреждениях) различные руководящие должности, начиная от заведующего отделением, заместитель и главного врача [2,7]. Не установлены позиции, по которым формируются эти компетенции, т.е. перечни рубрик «знать», «уметь», «владеть», а также методы определения уровня компетенций путём их оценки по бальной системе [5,6]. Именно их конструирование, как правило, вызывает трудности при создании методического обеспечения образовательного процесса, включающего учебные планы [10], рабочие учебные программы, методические руководства, методические рекомендации по проведению лекций, семинарских и практических занятий [4,8,9].

Цель исследования - разработать методы оценки позволяющие определить компетенции руководителей ЛПУ.

Материалы и методы: нами разработаны пилотные критерии оценки компетентности, которые включают оценку уровня образованности, владение иностранными языками, оценку квалификации, оценка практического опыта, оценка научного уровня, показателей организованности и силы воли. Оценка проводилась по бальной системе, где 2-неудовлетворительно (необходимость радикальных улучшений), 3-удовлетворительно (необходимость существенного улучшения для достижения стандартного уровня компетентности), 4-хорошо (необходимость некоторого улучшения для достижения стандартного уровня компетентности) и 5-хороший (стандартный уровень компетентности) (таблица 1-5). Проведена пилотная оценка по бальной модели среди 132 главных врачей учреждений здравоохранения Ферганской (67), Сырдарьинской (37) и Навоийской (32) области.

Таблица 1.

Критерий для определения уровня образованности

№	Индикаторы	Баллы
Индикаторы	Не имеет базового образования медицинского образования	2
	Находиться на резерве кадров и прошел стажировку (курс повышения квалификации) по специальности “Общественное здоровье и управление здравоохранением”	3
	Имеет специализацию по специальности “Общественное здоровье и управление здравоохранением”	4
	Имеет диплом магистра по специальности “Общественное здоровье и управление здравоохранением”	5

Таблица 2.

Критерий по определению владения иностранными языками

№	Индикаторы	Баллы
Индикаторы	Не владеет иностранными языками	2
	Владеет одним иностранным языком на разговорном уровне	3
	Владеет двумя иностранными языками на разговорном уровне	4
	Имеет международный сертификат владения иностранными языками (IELTS)	5

Таблица 3.

Оценка квалификационной категории

№	Индикаторы	Баллы
Индикаторы	Не имеет квалификационную категорию по специальности «Общественное здоровье и управление здравоохранением»	2
	Имеет первую квалификационную категорию по специальности «Общественное здоровье и управление здравоохранением»	3
	Имеет вторую квалификационную категорию по специальности «Общественное здоровье и управление здравоохранением»	4
	Имеет высшую квалификационную категорию по специальности «Общественное здоровье и управление здравоохранением»	5

Таблица 4.

Оценка практического опыта в области «Общественное здоровье и управление здравоохранением»

№	Индикаторы	Баллы
Индикаторы	Общий стаж работы в области «Общественное здоровье и управление здравоохранением» до пяти лет	2
	Общий стаж работы в области «Общественное здоровье и управление здравоохранением» 5-9 лет	3
	Общий стаж работы в области «Общественное здоровье и управление здравоохранением» 10-13 лет	4
	Общий стаж работы в области «Общественное здоровье и управление здравоохранением» свыше 14 лет	5

Таблица 5.

Оценка научной деятельности в области «Общественное здоровье и управление здравоохранением»

№	Индикаторы	Баллы
Индикаторы	Не имеет научную степень	2
	Имеет научную степень PhD	3
	Не имеет научную степень DSc	4
	Не имеет научную степень профессора	5

Результаты и их обсуждение. Проблемам, связанным с развитием управленческой компетентности, посвящены многочисленные научные публикации как отечественных, так и зарубежных специалистов. Управленческая деятельность чаще всего анализируется с точки зрения комплекса характеристик, присущих руководителю, управленческим ролям. Вместе с тем, управленческие компетенции применительно к руководителю сферы здравоохранения изучены недостаточно. Компетентность может означать круг вопросов, в котором кто-либо хорошо осведомлен; выражение «сфера компетентности» - синоним информированности; круг полномочий кого-либо, сфера ответственности; набор личностных характеристик, необходимых для успешного выполнения какой-либо деятельности.

Изучение теоретических аспектов компетентностного подхода к образованию показывает, что термин «компетенция» по-разному понимается исследователями. Большинство определений компетенций располагаются между двумя полюсами: компетенции как универсальный признак (например, грамотность) и компетенции в терминах индивидуальных способностей, которые проявляются в контексте работы. Компетенция отличается от умения: умение - это действие (doing) в специфической ситуации, а компетенции - проявление общей готовности к определенным действиям, способности (a capability) человека. Взаимосвязь понятий выражается в том, что компетенции - это «умения в действии». Наличие у человека комплекса компетенций формирует компетентность, которую можно рассматривать как способность устанавливать связи между знаниями, умениями и ситуацией или, в широком смысле, как способность к успешной

деятельности в социальном, экономическом, культурном контекстах.

Компетентность руководителя ЛПУ требует способностей и навыков системного мышления в профессиональной управленческой деятельности с учетом отраслевой и экономической специфики функционирования практического здравоохранения. В настоящее время имеет место нечеткое представление о профессионально-личностном образе медицинского работника - руководителя, осуществляющего управленческие функции в новых условиях. Кроме того, отсутствие мотивации к активному изменению традиционных, зачастую устаревших методов кадровой работы становится тормозом модернизации отрасли.

Для определения компетентности была проведена оценка согласно бальной системе (таблица №6).

Сравнительные данные оценки компетентности руководителей лечебно-профилактических учреждений Ферганской, Сырдарьинской, Наваийской областей

Наименование областей	Количество руководителей (главные врачи районного и областного уровня)	Повышение квалификации		Владение иностранными языками		Категорийность		Стаж работы		Наличие учёной степени		Баллы		
		баллы	% от максимального	баллы	% от максимального	баллы	% от максимального	баллы	% от максимального	баллы	% от максимального	набранный	максимальный	% от максимального
Ферганская	63	4	80	2,3	46	2,5	50	3,6	72	2,1	42	14,5	15	97
Сырдарьинская	37	3,8	76,8	2,4	48,1	2,8	55,1	3,1	62,2	2,0	40,5	11,0	15	74
Навайская	32	2,5	50,0	2,6	52,0	2	40,0	4	80,0	2,1	42,0	9,2	15	61
Всего / среднее значение	132	3	69	2	49	2	48	4	71	2	42	12	15	77

Анализ результатов оценки по бальной системе руководителей (главных врачей районного и областного уровня) показал, что самый высокий показатель выявлен среди руководителей здравоохранения (главные врачи районного и областного уровня) Ферганской области, которые набрали 14,5 (97%) балла, далее следуют руководители Сырдарьинской 11 (74%) балла и Наваийской области 9,2 (61%).

Выводы. Таким образом, полученные данные позволили внедрить новую модель определения компетенций и оценить уровень согласно бальной системе среди главных врачей учреждений здравоохранения Ферганской, Сырдарьинской и Наваийской области. Разработанная модель определения компетенций может быть использованы как при создании методического обеспечения соответствующей профессиональной подготовки, так и при решении других вопросов повседневной кадровой политики здравоохранения, включая подбор на руководящие должности в ЛПУ.

Литература.

1. Барскова Г.Н., Князев А.А., Смирнов А.А. Руководители здравоохранения о проблемах руководящих кадров // Социальные аспекты здоровья населения, 2010. - №15, С. 9.
2. Богдан Н.Н. Модель управленческих компетенций руководителя/Современные кадровые технологии в системе государственного и муниципального управления Сибирского федерального округа.–Сб. Научные записки СибАГС, 2005, №2, С.23-30.
3. Задворная О. Л. и др. Развитие системы непрерывного профессионального образования управленческих кадров здравоохранения //МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). – 2016. – Т. 7. – №. 1 (25).

4. Зими́на Э.В., Найговзина Н.Б. Руководящие кадры в медицине // Вестник Росздравнадзора. 2010-№1. С. 52-57.
5. Booker, C., Turbutt, A. and Fox, R. (2016). Model of healthcare for a changing healthcare system: Are there foundational pillars for design?. Australian Health Review, 40(2), pp.136–140
6. Booker, C., Turbutt, A. and Fox, R. (2016). Model of healthcare for a changing healthcare system: Are there foundational pillars for design?. Australian Health Review, 40(2), pp.136–140.
7. Berry, L. and Seltman, K. (2014). The enduring culture of Mayo clinic. Mayo Clinic Proceedings, 89(2), pp.144–147.
8. Colla, C., Lewis, V., Shortell, S. and Fisher, E. (2014). First national survey of ACOs finds that physicians are playing strong leadership and ownership roles. Health Affairs, 33(6), pp.964–971
9. Linnander E, McNatt Z, Sipsma H, et al. Use of a national collaborative to improve hospital quality in a low-income setting. Int Health. 2016;8(2):148-153. doi:10.1093/inthealth/ihv074.
10. Linnander, E. L., Mantopoulos, J. M., Allen, N., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2017). Professionalizing healthcare management

УДК: 616.36-002.951.21-089+614.2-616.831-006

ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

¹Бабаджанов А.Х., ²Якубов Ф.Р., ²Рузибаев Р.Ю., ²Сапаев Д.Ш.

1. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова,

2. Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Цель исследования: определить тактико-технические особенности лапароскопической эхинококкэктомии (ЛапЭЭ) при эхинококкозе печени (ЭП). **Материал и методы.** В исследование включены пациенты с первичной формой ЭП – 46 больных, которым была произведена ЛапЭЭ в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова». **Результаты.** С учетом стадии развития кисты различные сложности с аспирацией или удалением содержимого кисты возникали всего в 14 (30,4%) случаях, чаще при СЕ II-IV типа. Другой проблемой были сложности с адекватной ревизией и обработкой остаточной полости (ОП) у 6 (13,0%) пациентов при преимущественно интрапаренхиматозной локализации. Сложности с выполнением перекистэктомии с достаточным иссечением фиброзной капсулы отмечены в 9 (19,6%) случаях. В целом по группе осложнения со сторон ОП на 9-27 сутки после ЛапЭЭ отмечены у 10 (21,7%) из 46 больных, скопление жидкости у 8 (17,4%) и нагноение у 2 (4,3%). **Заключение.** Среди основных факторов, технически усложняющих Лап ЭЭ, помимо локализации, выделены сложности с аспирацией или удалением содержимого кисты при СЕ II, III и IV за счет наличия множества дочерних кист, полностью заполняющих материнскую оболочку (СЕ II, III) или густого вязкого отделяемого (СЕ IV), а также сложности с выполнением перекистэктомии для адекватной абдоминализации ОП при расположении гидатиды на 3/4 и более в паренхиме печени.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, хирургическое лечение, лапароскопическая эхинококкэктомия, тактические и технические особенности

ЖИГАРДАН ЛАПАРОСКОПИК ЭХИНОКОККЭКТОМИЯНИ АМАЛГА ОШИРИШ ВА ТЕХНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мақсад: жигар эхинококкозида (ЖЭ) лапароскопик эхинококкэктомиянинг (ЛапЭЭ) тактик ва техник хусусиятларини аниқлаш. **Материал ва усуллар.** Тадқиқот Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМда ўтказилган бўлиб, 46 нафар ЖЭ бор беморларнинг даволашиш натижаларини ўз ичига олган. **Натижалар.** Киста ривожланиш босқичини ҳисобга олган ҳолда, киста таркибини аспирация қилиш ёки олиб ташлаш билан боғлиқ турли хил қийинчиликлар фақат 14 (30,4%) нафар беморда СЕ II-IV типдаги ҳолатларда юзага келган. Бошқа бир муаммо, асосан интрапаренхиматоз локализацияга эга бўлган қолдиқ бўшлиқ (ҚБ)ни (6, 13%) етарли даражада қайта кўриб чиқиш ва даволаш билан боғлиқ қийинчиликлар эди. 9 нафар (19,6%) ҳолатда толали фиброз капсулани етарлича чиқариб ташлаш билан перекистэктомияни бажаришдаги қийинчиликлар қайд этилган. Умумий гуруҳ бўйича 9-27 кун ичида ҚБ томонидан ЛапЭЭдан кейинги асоратлар 10 (21,7%) нафар беморда учраган, суюқлик йиғилиши – 8 (17,4%), йирингланиш – 2 нафар (4,3%) беморда. **Хулоса.** ЛапЭЭни техник жиҳатдан мураккаблаштирадиган асосий омиллар орасида, маҳаллийлаштиришдан ташқари, СЕ II, III ва IV-да киста таркибини аспирацияси ёки олиб ташлаш билан боғлиқ қийинчиликлар мембрана ичини тўлдирадиган кўплаб кисталар мавжудлиги сабабли таъкидланган (СЕ II, III) ёки қалин ёпишқоқ ажралма (СЕ IV), шунингдек, гидатид жигар паренхимасида $\frac{3}{4}$ ёки ундан кўпроғида жойлашганида, ҚБни етарли даражада абдоминазация қилиш ва перекистэктомияни бажариш жараёнидаги қийинчиликлар.

Калит сўзлар: жигар эхинококкози, хирургик даволаш, лапароскопик эхинококкэктомия, тактик ва техник хусусиятлар

TACTICAL AND TECHNICAL FEATURES OF PERFORMING LAPAROSCOPIC ECHINOCOCCECTOMY FROM THE LIVER

Aim: to determine the tactical and technical features of laparoscopic echinococcectomy (LapEE) in liver echinococcosis (LE). **Material and methods.** The study included patients with the primary form of EP - 46 patients who underwent LapEE at the State Institution "RSSPMCS named after acad. V.Vakhidov". **Results.** Taking into account the stage of cyst development, various difficulties with aspiration or removal of the cyst contents occurred in only 14 (30.4%) cases, more often with type II-IV CE. Another problem was the difficulty with adequate revision and treatment of residual cavity (RC) (in 6 (13.0%) patients) with predominantly intraparenchymal localization. Difficulties with performing pericytectomy with sufficient excision of the fibrous capsule were noted in 9 (19.6%) cases. In the period up to a week after the operation, the drainage was removed for cysts up to 8 cm in 11 (36.7%), with more than 8 cm - in 5 (31.3%). By 3 weeks of observation, the drains were removed in all cases with cysts up to 8 cm, while with large sizes in 12.5% (2 patients) cases, the drainage was removed on days 21-28 and in 1 (6.3%) patient more than late period. In general, in the group, complications from the RC on days 9-27 after LapEE were noted in 10 (21.7%) of 46 patients, fluid accumulation in 8 (17.4%) and suppuration in 2 (4.3%). **Conclusion.** Among the main factors that technically complicate LEE, in addition to localization, difficulties with aspiration or removal of cyst contents in CE II, III, and IV are highlighted due to the presence of many daughter cysts that completely fill the maternal membrane (CE II, III) or thick viscous discharge (CE IV), as well as difficulties in performing a pericytectomy for adequate elimination of the RC when the hydatid is located 3/4 or more in the liver parenchyma.

Key words: liver echinococcosis, surgical treatment, laparoscopic echinococcectomy, tactical and technical features

Актуальность. Выбор тактики лечения ЭП зависит от нескольких факторов: общего состояния пациента, количества и локализации кист, опыта врача и наличия специальных служб. При этом, если к настоящему времени многочисленными исследованиями доказана высокая эффективность антипаразитарных лекарственных средств, то в хирургическом лечении до сих пор не существует единого общепринятого протокола, учитывающего форму и стадию заболевания, что связано с недостаточной доказательной базой в аспекте разработки показаний к различным хирургическим подходам (минимально инвазивным, пункционным, дренирующим процедурам, традиционным операциям) и способам ликвидации и обработки ОП после эхинококкэктомии (ЭЭ) [2, 5].

Лап ЭЭ уже прочно вошла в арсенал хирургического лечения первичного ЭП, однако возможности этого способа строго ограничены локализацией кисты ввиду сложностей с техническими аспектами при недостаточной визуализации и доступа для манипуляций.

Наиболее часто ЛапЭЭ применяется при локализации в области передне-верхней поверхности печени. Метод позволяет не только выполнять ЭЭ, но и клипировать или прошивать желчные свищи в фиброзной капсуле. В свою очередь вопрос о вариантах ликвидации ОП остается в разряде дискуссионных, так как ушить полость лапароскопически достаточно сложно, тем более при кистах большого размера с преимущественно интрапаренхиматозной локализацией. В связи с чем в большинстве случаев проводится дренирование и (или) абдоминализация ОП [1, 4]. Также, по мнению авторов небольшие разрезы, уменьшающие послеоперационную боль и сокращающие продолжительность госпитализации, являются преимуществами лапароскопической процедуры при ЭП. ЛапЭЭ обычно сопровождается частичной перицистэктомией. Закрытый тип ЛапЭЭ определяется как удаление содержимого кисты без вскрытия кисты, а открытый тип – как полная ликвидация ОП и сколексов сколицидными физическими или же химическими средствами с эвакуацией содержимого ЭК [7].

Мета-аналитическое сравнительное исследование M. Sokouti et al. (2019) подтвердило протокол ВОЗ по лапароскопическому лечению ЭК печени на стадиях CE1 и CE3a, но остается спорным вопрос о том, следует ли рекомендовать PAIR для стадий CE2 и CE3b. В большинстве рассмотренных в данном исследовании статей не содержится отчетов об этапности хирургического лечения ЭП согласно классификации ВОЗ. [6].

Частота рецидивов при лапароскопии и процедурах PAIR составили от 3,64% и 3,89% соответственно. Летальность при лапароскопических вмешательствах составила 0,25%. Однако в литературе эти значения составляют от 0,01% до 0,9% [3, 6]. Общая частота послеоперационных осложнений после лапароскопической ЭЭ составила 19,2% [3].

Целью данного исследования явилось определение тактико-технических аспектов ЛапЭЭ при ЭП.

Материал и методы.

В статье приведен анализ по эффективности ЛапЭЭ в зависимости от локализации, размеров и стадии развития ЭК, а также с учетом выполнения по отношению к ОП дренирующих или абдоминализирующих вмешательств. В исследование включены пациенты с первичной формой ЭП – 46 больных, которым была произведена ЛапЭЭ в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова». Солитарная киста была диагностирована в 26 (56,5%) случаях и множественные кисты у 20 (43,5%) пациентов (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по стадиям развития ЭП при лапароскопических вмешательствах в группе сравнения

Тип	Солитарный ЭП		Множественный ЭП		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
CE I	15	32,6%	7	15,2%	22	47,8%
CE II	6	13,0%	6	13,0%	12	26,1%
CE III	2	4,3%	7	15,2%	9	19,6%
CE IV	3	6,5%	0	0,0%	3	6,5%
Всего	26	56,5%	20	43,5%	46	100,0%

Кисты CE I типа были верифицированы у 22 (47,8%) пациентов, II типа – у 12 (26,1%), III типа – у 9 (19,6%) и IV типа (ввиду осложненного течения) – у 3 (6,3%) больных (табл. 1). Из 46 случаев кисты размерами 5-6 см были у 14 больных, 6-8 см у 16, 8-10 см у 12 и более 10 см у 4 пациентов (табл. 2).

Таблица 2. Распределение ЭК при ЛапЭЭ по размеру

Тип кисты	5-6 см	6-8 см	8-10 см	>10 см	Итого
CE I	7	7	6	2	22
CE II	3	4	4	1	12
CE III	3	3	2	1	9
CE IV	1	2	0	0	3
Всего	14	16	12	4	46

Результаты и обсуждение. Технические аспекты выполнения ЛапЭЭ играют ведущее значение в эффективности методики. С учетом стадии развития кисты различные сложности с манипуляциями возникали чаще при CE II-IV типа. Так, сложности с аспирацией или удалением содержимого кисты отмечены всего в 14 (30,4%) случаях, при этом для типа CE II этот показатель составил 50% (6 из 12 пациентов), для CE III – 44,4% (у 4 из 9 больных), для IV типа – 100% (3). Это связано с тем, что в этих случаях проблемы возникали с аспирацией содержимого ввиду наличия множественных дочерних кист, толстой материнской хитиновой оболочки, или их кашеобразной деградацией, а также густым содержимым с обрывками хитина при IV типе. Другой проблемой были сложности с адекватной ревизией и обработкой ОП при преимущественно интрапаренхиматозной локализации. Даже применение оптики с различным углом наклона такая локализация не всегда позволяла адекватно ревизировать ОП, особенно при попытке лапароскопии при кистах по заднему скату правой доли печени. Всего эти сложности отмечены у 6 (13,0%) пациентов, из них по два случая при CE I типа - 9,1%, II – 16,7% и III – 22,2%. Желчные свищи определены у 8 (17,4%) пациентов, из которых у 4 произведено клипирование, у 2 прошивание свища, а у других 2 пациентов источник желчеистечения установить не удалось из-за структурных изменений в фиброзной капсуле при осложненном течении ЭП. Варианты манипуляций по отношению к ОП подразумевали дренирование и (или) абдоминализацию, при этом сложности с выполнением перекистэктомии с достаточным иссечением фиброзной капсулы отмечены в 9 (19,6%) случаях (табл. 3).

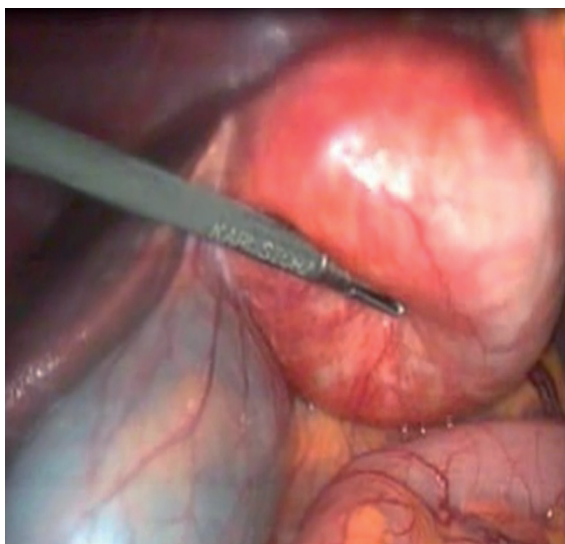
Для оценки результативности предпринятых тактических аспектов во время выполнения ЛапЭЭ все кисты были разделены по размерам – до и больше 8 см, что позволит оценить эффективность дренирующих или абдоминализирующих вмешательств в плане частоты осложнений со стороны ОП. При этом качество абдоминализации оценивалось исходя из общего объема ОП. Широкое иссечение фиброзной капсулы позволяет выполнить абдоминализацию без

риска последующего спадения краев ОП, что может привести их слипанию с последующим скоплением жидкости с развитием осложненного послеоперационного течения.

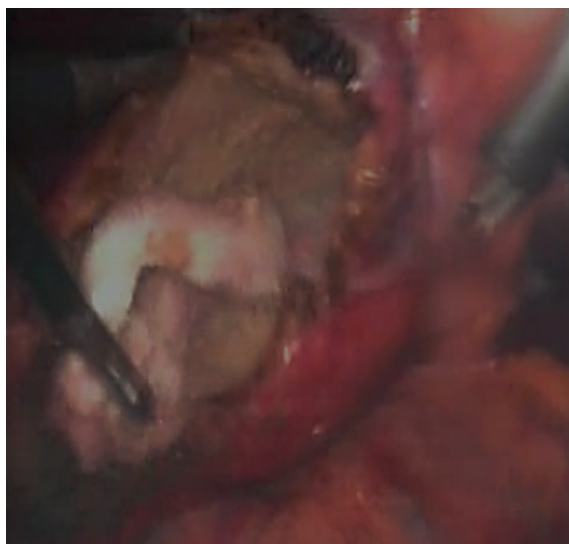
Таблица 3. Интраоперационные сложности в зависимости от типа ЭК

Критерий		CE I	CE II	CE III	CE IV
Сложности с аспирацией или удалением содержимого кисты	Абс.	1	6	4	3
	%	4,5%	50,0%	44,4%	100,0%
Сложности с адекватной ревизией и обработкой ОП при преимущественно интрапаренхиматозной локализации	Абс.	2	2	2	0
	%	9,1%	16,7%	22,2%	0,0%
Желчный свищ	Абс.	3	2	1	2
	%	13,6%	16,7%	11,1%	66,7%
Сложности с перекистэктомией (иссечение фиброзной капсулы)	Абс.	4	2	2	1
	%	18,2%	16,7%	22,2%	33,3%

Конечно, на факт объема перекистэктомии влияют многие аспекты, в частности, доля экстраорганной локализации кисты, толщина фиброзной капсулы, наличие ОП неправильной формы с интрапаренхиматозными камерами и т.д. С учетом частой преимущественно интрапеченочной локализации большей части кисты анализ по эффективности абдоминализации ОП проведен исходя из иссеченного объема фиброзной капсулы – перекистэктомия на не менее 1/4 от объема ОП или меньше 1/4. Из 46 пациентов кисты до 8 см были у 30, дренирование выполнено у 53,3% (16) больных, абдоминализация ОП на не менее 1/4 от объема выполнена у 8 (26,7%) пациентов и на менее чем 1/4 – у 6 (20,0%). Из 16 больных с размером кист более 8 см, в 75,0% (12) произведено дренирование (рис. 1), в 18,8% (3) широкая абдоминализация (рис. 2) и в 6,3% (1) случаев частичная абдоминализация (рис. 3).



Киста CE I типа



Широкая абдоминализация ОП

Рис. 1. ЛапЭЭ с абдоминализацией ОП на 1/3 от объема, края иссеченной фиброзной капсулы не спадаются



Киста CE I типа



Дренирование ОП после ограниченной перикистэктомии

Рис. 2. ЛапЭЭ с дренированием ОП, края частично иссеченной фиброзной капсулы полностью спадаются

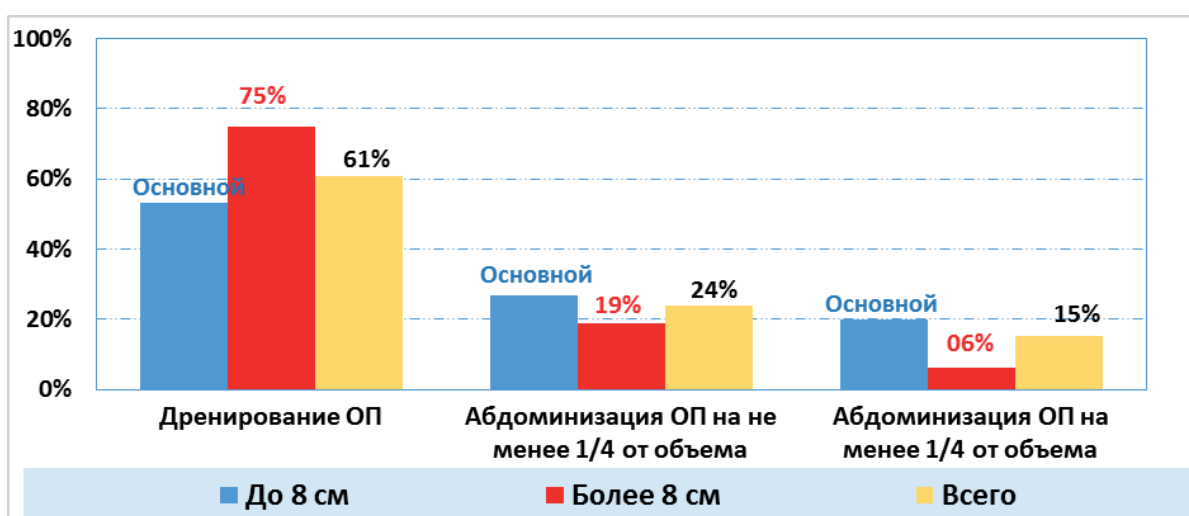


Рис. 3. Доля абдоминализации или дренирования ОП при ЛапЭЭ

Следует отметить, что в большинстве случаев дренирование ОП сопровождается иссечением фиброзной капсулы, однако ограниченное ее выполнение, как правило на протяжении 2-4 см нельзя признать даже частичной абдоминализацией, ввиду чего эти манипуляции были отнесены именно к дренирующим вмешательствам.

В сроки до недели после операции дренаж был удален при кистах до 8 см у 11 (36,7%), при более 8 см – у 5 (31,3%). К 3 неделям наблюдения дренажи удалены во всех случаях при кистах до 8 см, тогда как при больших размерах в 12,5% (2 больных) случаях дренаж удален на 21-28 сутки и еще у 1 (6,3%) пациента в более поздний период (табл. 4). Все больные были без осложнений на период госпитализации.

Таблица 4. Сроки удаления дренажей после ЛапЭЭ

Сроки дренирования	До 8 см		Более 8 см		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Удаление дренажа до 7 суток	11	36,7%	5	31,3%	16	34,8%
Удаление дренажа на 7-14 сутки	3	10,0%	2	12,5%	5	10,9%
Удаление дренажа на 14-21 сутки	2	6,7%	2	12,5%	4	8,7%
Удаление дренажа на 21-28 сутки	0	0,0%	2	12,5%	2	4,3%
Удаление дренажа через более 28 суток	0	0,0%	1	6,3%	1	2,2%
Без дренирования ОП	14	46,7%	4	25,0%	18	39,1%

В целом по группе осложнения со сторон ОП на 9-27 сутки после ЛапЭЭ отмечены у 10 (21,7%) из 46 больных, скопление жидкости у 8 (17,4%) и нагноение у 2 (4,3%) (рис. 4).

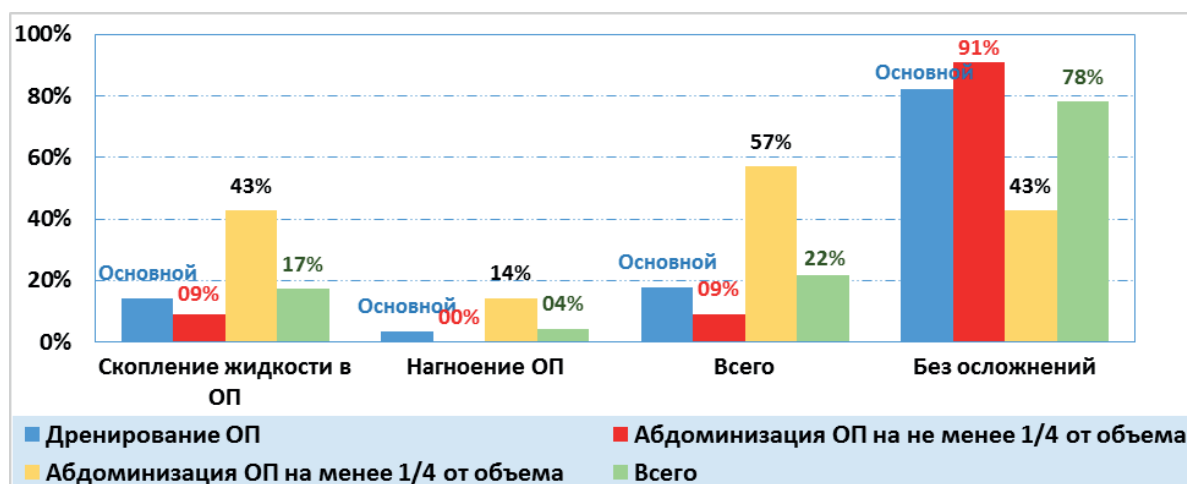


Рис. 4. Частота осложнений после ЛапЭЭ (9-27 сутки)

С учетом вида ликвидации ОП частота осложнений при дренирующих вмешательствах после удаления дренажа составила 17,9% (у 5 из 28 больных), из них скопление жидкости было в 14,3% (4) и нагноение ОП в 1 (3,6%) случае. При широкой абдоминализации (на не менее 1/4 от объема ОП) отмечено 1 (9,1%) осложнений в виде скопления жидкости, при ограниченной абдоминализации всего отмечено 4 (57,1%) осложнения, из них в 3 случаях скопление жидкости и в 1 нагноение ОП.

Большинство осложнений были разрешены консервативно – 13,0% (у 6 пациентов), миниинвазивное дренирование ОП произведено у 6,5% (3 пациента), оперирован с абсцессом ОП 1 (2,2%) пациент (рис. 5).

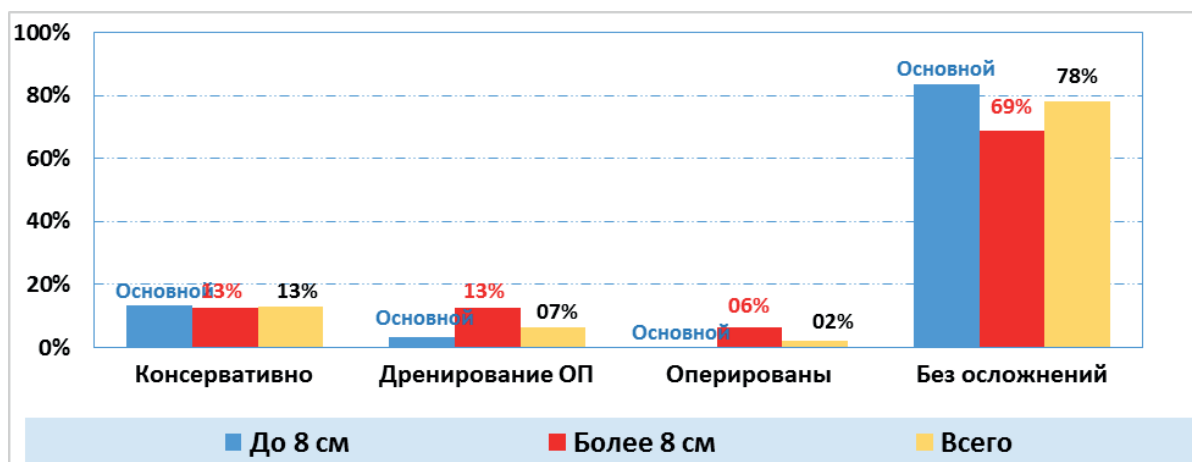


Рис. 5. Способ разрешения осложнений после ЛапЭЭ в зависимости от исходного размера кист

Выводы.

Среди основных факторов, технически усложняющих ЛапЭЭ, помимо локализации, выделены сложности с аспирацией или удалением содержимого кисты в 54,2% случаев при стадии развития - СЕ II, III и IV (у 13 из 24 пациентов с этими типами) за счет наличия множества дочерних кист, полностью заполняющих материнскую оболочку (СЕ II, III) или густого вязкого отделяемого (СЕ IV), а также сложности с выполнением перекистэктомии для адекватной абдоминализации ОП при расположении гидатиды на 3/4 и более в паренхиме печени - 19,6% (у 9 из всех 46 оперированных). При этом совокупность факторов несостоятельной абдоминализации и исходных размеров кист более 8 см обуславливают повышение риска развития осложнений со стороны остаточной полости с 16,7% до 31,2%, среди которых в 18,8% случаев потребуются выполнение повторных вмешательств.

Литература.

1. Chen X, Cen C, Xie H, et al. The comparison of 2 new promising weapons for the treatment of hydatid cyst disease: PAIR and laparoscopic therapy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2015;25:358-62
2. Dietrich CF, Lorentzen T, Appelbaum L, Buscarini E, Cantisani V, Correas JM, Cui XW et al. EFSUMB Guidelines on Interventional Ultrasound (INVUS), Part III - Abdominal Treatment Procedures (Long Version). *Ultraschall Med* 2016; 37: E1-E32
3. Köroğlu M, Erol B, Gürses C, et al. Hepatic cystic echinococcosis: percutaneous treatment as an outpatient procedure. *Asian Pac J Trop Med.* 2014;7:212-5.
4. Pandey A, Chandra A, Masood S. Abdominal echinococcosis: outcomes of conservative surgery. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2014;108:264-8
5. Rinaldi F, Brunetti E, Neumayr A, Maestri M, Goblirsch S, Tamarozzi F. Cystic echinococcosis of the liver: A primer for hepatologists. *World J Hepatol* 2014; 6: 293-305
6. Sokouti M, Sadeghi R, Pashazadeh S, Abadi SEH, Sokouti M, Ghojazadeh M, Sokouti B. A systematic review and meta-analysis on the treatment of liver hydatid cyst using meta-MUMS tool: comparing PAIR and laparoscopic procedures. *Arch Med Sci.* 2019 Mar;15(2):284-308. doi: 10.5114/aoms.2018.73344.
7. Tuxun T, Aji T, Tai Q, et al. Conventional versus laparoscopic surgery for hepatic hydatidosis: a 6-year single-center experience. *J Gastrointest Surg.* 2014;18:1155-60

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕСТНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ В СОЧЕТАНИИ СО СВОБОДНОЙ АУТОДЕРМОПЛАСТИКОЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖОГОВОЙ СГИБАТАЛЬНОЙ КОНТРАКТУРОЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ.

Тешаев О.Р., Жалилова З.Ш., Жалилов Ё.Д.

Ташкентская медицинская академия

Целью исследования: анализ эффективности и безопасности местной кожной пластики в сочетании со свободной аутодермопластикой у больных с послеожоговой рубцовой деформацией кисти и пальцев.

Материал и методы. Изучены результаты местной кожной пластики в сочетании со свободной аутодермопластикой у 34 больных с послеожоговой рубцовой деформацией пальцев кисти. Средний возраст больных составил $6,64 \pm 10,45$ (3–29) лет. Соотношение мужского пола к женскому оказалось 4/1.

Результаты. Из 29 (85,3%) больных с исходной контрактурой кисти 2-3 ст., через 6 месяцев у 26 (89,6%), через 12 месяцев у 28 (96,5%) добились положительных функциональных результатов.

Относительно удовлетворительными оказались результаты пластики у 5 (14,7%) пациентов с 4 степенью контрактуры, но состояние их через 12 месяцев оценивалось уже как 2-3 степень, т.е. наступило относительное улучшение в качестве жизни пациентов.

Выводы. Одноэтапная реконструкция мягкотканых дефектов пальцев кисти локальной кожной пластикой в сочетании со свободной аутодермопластикой при 2-3 степени контрактуры является эффективной и безопасной. При контрактуре пальцев кисти 4 степени необходимо планировать многоэтапную реконструкцию.

Ключевые слова: послеожоговая контрактура, сгибательная деформация кистей рук, классификация, алгоритм лечения.

БЕМОРЛАРДАГИ ҚЎЛ ВА БАРМОҚЛАР КУЙИШДАН КЕЙИНГИ БУКУЛУВЧИ КОНТРАКТУРАСИДА ТЕРИНИНГ МАҲАЛЛИЙ ПЛАСТИКАСИ БИЛАН ЭРКИН АУТОДЕРМОПЛАСТИКАСИ НАТИЖАЛАРИ.

Тадқиқотнинг мақсади: қўл ва бармоқларнинг куйишдан кейинги контрактураси бўлган беморларда аутодермопластика билан биргаликда маҳаллий тери пайвандлашнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини таҳлил қилиш эди.

Материаллар ва усуллар. Бармоқларнинг куйишдан кейинги контрактураси бўлган 34 беморда маҳаллий аутодермопластика билан биргаликда маҳаллий пайвандлаш натижалари ўрганилди. Беморларнинг ўртача ёши $6,64 \pm 10,45$ (3–29) йил. Эрак ва аёл нисбати 4/1 эди.

Натижалар. 29 (85,3%) та бошланғич қўл (бармоқ) 2-3 даражали контрактуралик беморлардан 6 ойдан кейин 26 (89,6%), 12 ойдан кейин 28 (96,5%) беморларда ижобий функционал натижаларга эришилди.

4-даражали контрактура билан оғриган 5 (14,7%) беморда пластика натижалари нисбатан қониқарли натижа берган, лекин 12 ойдан кейин уларнда контрактура 2-3 даражали деб баҳоланди ва беморларнинг ҳаёт сифатининг нисбатан яхшиланиши кузатилди.

Хулоса. Қўл бармоқларининг юмшоқ тўқималари 2-3 босқичли нуқсонларини маҳаллий тери пайвандлаш билан эркин аутодермопластика бир босқичда реконструкция қилиш самарали ва хавфсиздир. 4-даражали бармоқларнинг контрактурасида кўп босқичли реконструкцияни режалаштириш керак.

Калит сўзлар: куйишдан кейинги контрактура, қўлларнинг эгилиш деформацияси, таснифи, даволаш алгоритми.

RESULTS OF LOCAL SKIN PLASTIC IN COMBINATION WITH FREE AUTODERMOPLASTY IN PATIENTS WITH POSTBURN BRUSHES'S AND FINGERS'S FLEXIBLE CONTRACTURE.

The aim of the study was to analyze the efficacy and safety of local skin grafting in combination with free autodermoplasty in patients with post-burn contracture of the hand and fingers.

Material and methods. The results of local skin grafting in combination with free autodermoplasty were studied in 34 patients with post-burn contracture of the fingers. The average age of the patients was 6.64 ± 10.45 (3–29) years. The male to female ratio was 4/1.

Results. Of 29 (85.3%) patients with initial hand (fingers) contracture of 2-3 degrees, after 6 months in 26 (89.6%), after 12 months in 28 (96.5%), they achieved positive functional results.

The results of plasty were relatively satisfactory in 5 (14.7%) patients with grade 4 contracture, but their condition after 12 months was already assessed as grade 2-3 and there was a relative improvement in the quality of life of patients.

Conclusions. One-stage reconstruction of soft tissue defects of the fingers of the hand with local skin plasty in combination with free autodermoplasty with 2-3 degrees of contracture is effective and safe. With contracture of the fingers of the 4th degree, it is necessary to plan a multi-stage reconstruction.

Key words: post-burn contracture, flexion deformity of the hands, classification, treatment algorithm.

Актуальность. Проблема реабилитации больных с последствиями ожогов продолжает оставаться актуальной и одной из самых сложных проблем реконструктивной и пластической хирургии. Последствия тяжелых контрактур и деформаций в виде нарушения функции конечностей, а также косметические дефекты способствуют нарушению психоэмоционального состояния, порождают чувство неуверенности, неполноценности, бесперспективности, уменьшают духовные и трудовые возможности личности, способствуя развитию заболеваний психосоматического происхождения [4-6].

Ожоговые травмы по-прежнему являются частой причиной травм, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода [1]. Пациенты с контрактурами по поводу ожогового рубца часто оказываются в маргинальном положении и испытывают трудности в получении образования и трудоустройства [2].

Данная проблема особенно остра для пациентов с контрактурой верхней конечности. Рука представляет собой высокоспециализированный орган, описанный авторами как третий глаз, с множеством тонких структур [3]. Недостаток каждой структуры в руке вызывает нарушение определенной, присущей именно ей, особенной функции, которая приводит к ухудшению как рутинных действий, так и профессиональных, наработанных многими годами навыков. Следовательно, микрохирургическая коррекция последствий ожоговых повреждений пальцев кисти остаются недостаточно решенными и поиск, и разработка новых подходов в этом направлении требуют проведения дальнейших исследований, которым и посвящена настоящая работа.

Целью исследования явился анализ эффективности и безопасности местной кожной пластики в сочетании со свободной аутодермопластикой у больных с послеожоговой рубцовой деформацией кисти и пальцев.

Материал и методы. Ретроспективно и проспективно изучены результаты оперативных вмешательств по выполнению местной кожной пластики в сочетании со свободной аутодермопластикой у 34 больных, обратившихся в отделении микрохирургии 1 ГКБ, в период с 2013 по 2020 г.г., с послеожоговой рубцовой деформацией конечностей. Средний возраст больных составил $6,64 \pm 10,45$ (3–29) лет. Из 34 пациентов 30 были дети в возрасте 3 - 8 лет. Четверо женщин, получившие ожоги во время пожара в жилищных домах, были в возрасте 23 - 29 лет. Соотношение мужского пола к женскому оказался почти 4/1, табл.1.

Таблица № 1

Клиническая характеристика пациентов с послеожоговой контрактурой кисти и пальцев

Критерии	Значение
Количество пациентов, n (%)	34 (100)
Средний возраст пациентов (M±m)	6,64±10,45
Пол	
Мужской, n (%)	25 (73,5)
Женский, n (%)	9 (26,5)

Локализация поражения	
Справа, верх. конеч-ть n (%)	18 (52,9)
Слева, верх. конеч-ть n (%)	16 (47,1)
Степень поражения конечности	
Контрактура кисти и пальцев 2-3 ст.	29 (85,3)
Контрактура кисти и пальцев 4 ст.	5 (14,7)

Мы в своей работе при оценке тяжести сгибательной контрактуры пальцев кисти пользовались наиболее удобной для практического применения 4-х степенной классификацией рубцовых контрактур кисти по Б. В. Ларину (1946, 1963, 1966): I степень - рубцовое поражение с незначительным ограничением движений, трудоспособность сохранена; II степень - характеризуется более выраженным снижением объема движений, однако рабочая ценность органа в значительной степени сохраняется; III степень - поражения связаны с резким ограничением движений в пораженном суставе, вызывающим потерю трудоспособности; бытовое самообслуживание и некоторые домашние работы остаются возможными; IV степень - рубцовые контрактуры характеризуются полной утратой полезных движений в пораженном суставе, резкой деформацией конечности и невозможностью пользоваться ею даже в домашнем быту и все это может быть в сочетании с синдактилиями различной степени. Данной классификацией довольно успешно пользовались в своей работе ряд авторов [7-9].

Первично, в нашу клинику поступили 34 больных, пораженных с рубцовыми сгибательными контрактурами 86 пальцев. Распределение пациентов согласно пораженного пальца и степени контрактуры показал следующую картину, табл. 2.

Таблица № 2

Локализация сгибательной контрактуры по отдельным пальцам и их количество

Пальцы кисти	Степень тяжести контрактуры				Итого, n (%)
	I	II	III	IV	
I		10	3		13 (15,1)
II		15	12	4	31 (36,0)
III		7	14	4	25 (29,1)
IV		4	3	4	11 (12,8)
V		3	3		6 (7,0)
Итого n (%)		39 (45,3)	35 (40,7)	12 (14,0)	86 (100)

Как видно из таблицы №2, 86 пальцев кисти у 34 пациентов были поражены различной степенью контрактуры, при этом из них 45,3 % имели вторую степень, 40,7 % - третью, 14 % четвертую. Анализ комбинации пораженных пальцев показал, что меньше всего отмечали поражение V пальца, наиболее частыми комбинациями поражения оказались I-IV.

Оперативное вмешательство по устранению рубцовых контрактур пальцев кисти выполняли после выбора способа, расчета и начертания схемы разрезов. Также необходимо отметить, что при послеожоговых рубцовых сгибательных контрактурах (ПРСК) пальцев кисти основной задачей хирурга является не столько коррекция рубца, сколько восстановление полного выпрямления пальца.

Перед разрезом накладывали кровоостанавливающий жгут на нижнюю треть плеча, который при длительном течение операции расслабляли через каждый один час. У детей операцию выполняли под эндотрахеальным наркозом.

Операцию местной кожной и подкожной пластики в сочетании со свободной, полной толщины аутодермопластикой начинали выполнять после 3-х кратной обработки операционного поля спирт- и йод содержащим раствором и выполняли под местной анестезией, введением 0,25% раствора Лидокаина – 40,0 + Адреналин 0,18% - 0,2 мл.

Под оптическим увеличением (операционная лупа с увеличением 2,5-4,5 раза) разрез кожи производили лезвием скальпеля № 15 до подкожной клетчатки. Чтобы уменьшить риск случайного повреждения пальцевых сосудисто-нервных пучков, мобилизацию лоскутов начинали

с ладонной поверхности пальца по средней линии. В продольном направлении рассекали глублежащие рубцовые тяжи до обнажения влагалища сухожилий сгибателей. Края раны разводили двузубыми крючками и со стороны раны идентифицировали пальцевые сосудисто-нервные пучки (СНП). Во избежание случайного повреждения пальцевых СНП дальнейшую мобилизацию лоскутов производили под визуальным контролем сосудов и нервов пальца. После насильственной редрессации с тыльной стороны пальца подкожно проводили длинную инъекционную иглу до кисти для временной фиксации пальца в выпрямленном состоянии. Выкроенные лоскуты укладывали на предназначенные области и ушивали атравматической монофиламентной нитью 4/0-3/0 USP. После снятия жгута оценивали кровообращение пальца и в случаях расстройства кровообращения, пальцу придавали слегка согнутое положение с целью уменьшения натяжения пальцевых артерий.

Выполняли гемостаз по ходу операции. Мы выполняли способ пластики встречными трапециевидными лоскутами (Гришкевич В.М. с соавт. (1986), или в некоторых случаях, встречными треугольными (Z образными) лоскутами, которых выкраивают из боковых поверхностей рубцовой складки на ладонной поверхности из здоровых участков, включая боковые поверхности пальца в зоне межфаланговых суставов, (схема 1).

Оставшиеся дефекты, если они были достаточных размеров, укрывали свободным кожным трансплантатом. Методика имеет различия в зависимости от выраженности контрактуры и рубцовой складки. При легкой и средней степени (2-3 степень), когда рубцовый тяж на слабовыраженной складке ограничен зоной ПМФС и смежных фаланг, проводится продольный разрез по гребню всей складки. Из листов складки перпендикулярными разрезами выкраивается два трапециевидных лоскута по сторонам ПМФС, избегая повреждения СНП и, не включая в них жировую клетчатку. Мы выкраивали две или три пары трапециевидных лоскутов, которые после устранения контрактуры и выпрямления пальца, укладывали на дефект ладонной поверхности пальца, ушивали узловыми швами атравматической нитью 4-0. Контрактуры ликвидировались, а оставшиеся большие участки дефектов укрывали расщепленным кожным аутоотрансплантатом, взятым из паховой области, которые были ушиты узловыми швами с применением «Пелот» - фиксации. Небольшие дефекты оставляли открытыми, которые, как правило, эпителизировались без пересадки кожи. Донорскую зону пациента ушивали узловыми швами без особого натяжения. Накладывали асептическую спиртово-фурациллиновую давящую повязку с мазью Левомеколь.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программ MS Office Excel 2007, Stat Soft Statistica 8.0 с использованием критериев Стьюдента, Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ результатов местной кожной пластики в сочетании со свободной аутодермопластикой мы оценивали через 6 и 12 месяцев после операции и получили следующую картину, см. таблицу №2.

Таблица № 2.

Эффективность местной кожной пластики в сочетании со свободной аутодермопластикой в зависимости от степени поражения пальцев кисти

Всего пациентов, n (%) 34 (100)	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Контрактура пальцев кисти 2-3 ст. 29 (100)	Восстановление 26 (89,6)	Восстановление у 28 (96,5)
Контрактура пальцев кисти 4 ст. 5 (100)	Контрактура 3 ст. 5 (100)	Контрактура 2 ст. 5 (100)

Как видно из таблицы, относительно удовлетворительными оказались результаты операций среди пациентов с исходно контрактурой 4 ст.

Все перемещенные свободные лоскуты прижились. Пациенты были выписаны из клиники на 12–14-е сут. В результате лечения, из 29 (85,3%) больных с исходной контрактурой кисти 2-3 ст., через 12 месяцев положительные функциональные результатов добились у 96,5%. Были восстановлены анатомическая целостность и функция кисти, а также адекватно восстановлен утраченный кожный покров без нарушения контуров и деформаций в реципиентной и в донорской областях. Перемещенные в область раневого дефекта лоскуты были схожи по

структуре и окраске с окружающими тканями. Из осложнений мы наблюдали: венозный застой в лоскуте в 3 случаях, который потребовал дополнительного медикаментозного лечения. Некроз в дистальном отделе лоскута наблюдался в 1 случае у пациента с 4 ст. контрактуры, который потребовал дополнительной пересадки кожного трансплантата на грануляции. Осложнения не носили критического характера и были устранены, однако это привело к некоторому увеличению сроков пребывания пациентов в клинике.

Результаты оценки состояния кисти по опроснику «Оценка уровня повседневной жизнедеятельности и качества жизни больных с пораженной кистью» показали, что через 6 мес. после лечения показатель составлял от 23 до 27 баллов у пациентов с исходно 2- 3 ст. поражения, с медианным показателем ($26,0 \pm 1,3$) балла, что соответствует высокому уровню удовлетворенности пациентов результатом лечения, сопоставимым с показателями здорового человека.

Относительно удовлетворительными оказались результаты пластики у 5 (14,7%) пациентов с 4 степенью контрактуры, но состояние их через 12 месяцев оценивалось уже как 2-3 степень, т.е. относительное улучшение наступило у 100% больных, что в дальнейшем потребует дополнительной кожной пластики для улучшения качества жизни пациентов.

В итоге, из 34 больных, функциональное восстановление наступило у 28 (82,4%) больных, у 6 (17,6%) пациентов наступило относительное функциональное улучшение, но этим пациентам предстоят повторные вмешательства по восстановлению функции пальцев кисти.

Обсуждение. Проблема реабилитации больных с последствиями ожогов продолжает оставаться актуальной и одной из самых сложных проблем реконструктивной и пластической хирургии. Последствия тяжелых контрактур и деформаций в виде нарушения функции конечностей, а также косметические дефекты способствуют нарушению психоэмоционального состояния, порождают чувство неуверенности, неполноценности, бесперспективности, уменьшают духовные и трудовые возможности личности, способствуя развитию заболеваний психосоматического происхождения - неврозам, стенокардии, гипертонической болезни.

На современном этапе развития пластической хирургии, хирургии кисти и микрохирургии предложено большое количество методик по реконструкции дефектов мягких тканей. Применительно к ранам пальцев кисти все способы по их закрытию можно разделить на пластику местными тканями, пластику васкуляризованными и не васкуляризованными лоскутами. К последним относится свободная кожная пластика, впервые предложенная Жаком Луи Реверденом.

С целью устранения послеожоговых рубцовых контрактур в хирургии широко применяется пластика встречными треугольными лоскутами, имеющая в зарубежной литературе название Z-пластика [10–12]. В то же время данный вид местной пластики имеет определенные недостатки, в частности применение треугольных лоскутов нередко сопровождается некрозом их вершин или их самих [13, 14, 15]. Указанные авторы считают, что перемещение рубцово-измененных лоскутов на открытой части тела (лицо, шея, кисть и пальцы) часто приводит к неудовлетворительным результатам.

Проблема устранения повреждений верхних конечностей является одной из важнейших проблем восстановительной хирургии [16, 17, 18]. С целью укрытия линейных послеожоговых дефектов широко разрабатываются новые и более совершенные способы местно-пластического закрытия дефектов, комбинируемые в зависимости от протяженности, множественности, тяжести и сложности дефектов. Так, при послеожоговых дерматогенных контрактурах в работе Э.К. Ибрагимова [14] предлагается применение нового способа устранения рубцовых сгибательных контрактур тяжелой степени встречно-перемещенным прямоугольным лоскутом. По его мнению, дифференцированный подход к выбору местно-пластических операций в зависимости от степени тяжести контрактуры позволил в 86,2% случаев получить хорошие и отличные функциональные результаты. Функциональные результаты применения способа встречно-перемещаемых прямоугольных лоскутов были хорошими и отличными в 94,3% случаев [19].

В литературе последнего времени встречается все больше работ, расширяющих показания к применению аутодермопластики с использованием тканей из других анатомических областей [20-22]. Это связано с тем, что при термическом воздействии агента на ткань чаще всего осуществляется на всю глубину, с повреждением всех структур, ввиду чего ткани в месте повреждения становятся непригодными для укрытия дефекта местными элементами [20, 23], а по бокам, например ладонной поверхности кисти при сгибательных контрактурах не всегда

имеется достаточное количество здоровой кожи для их встречного стягивания. Необходимо отметить, что применение свободных лоскутов оправдано при малых и, в некоторых случаях, при средних размерах дефектов.

Относительно сроков выполнения кожно-пластических операций De Lorenzi F, et al. [23] сообщили о том, что они ждали 2 или 3 недели острого периода, прежде чем рассматривали возможность покрытия свободным лоскутом и их показатели успешности составили 94%.

Мы в нашем исследовании, оперировали пациентов спустя 6 и более месяцев после перенесенного ожога, на фоне полного сформировавшегося рубцового процесса. Эффективность по восстановлению функции кисти у пациентов с контрактурой 2-3 степени через 6 месяцев после нашего вмешательства составила 26 (89,6%), через 12 месяцев 28 (96,5%). Эффективность при тяжелой степени контрактуры 4 ст. оказалась сомнительной, но у всех больных наступило улучшение по сравнению с исходной и из 5 пациентов у всех 5 (100) через 6 месяцев после вмешательства состояние контрактуры оценили как 3 степень тяжести, что говорит о необходимости выполнения повторных микрохирургических вмешательств в перспективе.

Выводы. Результаты хирургического лечения послеожоговых рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти зависят от степени тяжести и правильного выбора хирургического способа устранения контрактуры.

Одноэтапная реконструкция мягкотканых дефектов пальцев кисти локальной кожной пластикой в сочетании со свободной аутодермопластикой при 2-3 степени тяжести сгибательной контрактуры, способствует повышению эффективности хирургического лечения, обеспечивая восстановление покрова, максимально схожего по свойствам утраченному, реваскуляризацию поврежденных анатомических структур и удовлетворительному восстановлению функции пальцев кисти.

У пациентов с послеожоговой сгибательной контрактурой пальцев кисти 4 степени необходимо планировать многоэтапную реконструкцию, так как локальная кожная пластика в сочетании со свободной аутодермопластикой за один этап приводит лишь к относительному улучшению функциональных показателей пальцев кисти.

Несмотря на предлагаемые подходы к ведению больных с последствиями ожогов различной локализации, не во всех случаях удается достичь оптимального эстетического и функционального результата.

Литература.

1. World Health Organization. Burns fact sheet. Available at: <http://www.who.int/midiacentre/factsheets/fs365/en/>.
2. Peck M, Molnar J, Swart D. A global plan for burn prevention and care. Bull World Health Organ. 2009;87:802–3.
3. Hariharan NC, Sridhar R, Sankari B, Valarmathy VS, Asirvatham E, Geetha K. Reconstruction of postburn crippled hands: A study of functional outcome. Indian J Burns. 2018;26:9-14.
4. Bai SPL, Gunasekaran R. Post burn flexion contracture of hand: a prospective study. Int Surg J. 2019 Aug;6(8):2823-2827. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-2902.isj20193324>
5. Baryza MJ, Hinson M, Conway J, Ryan CM. Five Year Experience With Burns From Glass Fireplace Doors in the Pediatric Population. J Burn Care Res. 2013;34(6):607-611.
6. Scott JR, Costa BA, Gibran NS, Engrav LH, Heimbach DH, Klein MB. Pediatric palm contact burns: a ten-year review. J Burn Care Res. 2008;29(4):614–8.
7. Гришкевич В. М., Салихбаев Б. С, Дакова Б. М. Хирургическое лечение послеожоговой сухожильной сгибательной контрактуры пальцев кисти // Хирургия. - 1986. - № 6. - С. 105-109.
8. Махди Ф.А. Выбор оптимальных сроков реконструктивно- восстановительных операций после ожогов у детей. // Рос. Вестн. Перинатол. И педиатрии. - 1998. - № 5. - С. 46 - 48.
9. Юденич В.В., Гришкевич В.М. Руководство по реабилитации обожженных. -М., 1986.-366 с.
10. Дмитриев Г.И. Метод местной кожной пластики // Вестник Российской академии медицинских наук. 2013. № 4. С. 52-56.
11. Аристов А.М., Афаунов А.А., Куринный С.Н., Шевченко А.В. Опыт лечения больных с травматическими дефектами кисти в Краснодарском крае // Инновационная медицина Кубани. 2016. № 3. С. 12-18.
12. Александров Н.М., Петров С.В., Башкалина Е.В., Киселев Д.В., Петров М.С. Основные принципы технологии последовательнокombинированной реконструкции пальцев кисти // Современные технологии в медицине. 2013. Т. 5. № 1. С. 97-103
13. Dmitriev G.I., Arefev I.Yu., Korotkova N.L., Menshenina E.G., Poyato T.V., Bogosyan R.A., Polyakova A.G. Sovershenstvovanie kompleksnoy reabilitatsii bol'nykh s posledstviyami ozhogov [Improvement of rehabilitation complex of patients with burn consequences]. *Meditsinskiy al'manakh – Medical Almanac*, 2010, no. 2, pp. 225-228. (In Russian).

14. Ibragimov E.K. Novyy mestno-plasticheskiy sposob operatsii pri tyazhelykh posleozhogovykh rubtsovykh sgbitel'nykh kontrakturakh pal'tsev kisti [New in surgical treatment of post-burn flexor contractures of the fingers]. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoy i esteticheskoy khirurgii – Annals of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*, 2005, no. 2, pp. 37-42. (In Russian).
15. Korotkova N.L., Volovik M.G. Teplovizionnaya otsenka vozmozhnosti ispol'zovaniya rubtsovykh tkaney pri planirovaniy plasticheskikh operatsiy na litse [Thermal-imaging estimation of the possibility of use of cicatricial tissues while planning of plastic operations of face]. *Sovremennyye tekhnologii v meditsine – Modern Technologies in Medicine*, 2015, no. 2, pp. 120-126. (In Russian).
16. Азолов В.В., Александров Н.М. Методы реконструкции пальцев кисти при последствиях механической, огнестрельной и термической травмы // Международный медицинский журнал. 2004. № 1. С.117-123.
17. Афоничев К.А., Никитин М.С., Купцова О.А. Лечение послеожоговой вторичной деформации стопы // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2015. № 2. С. 52-55.
18. Александров Н.М., Петров С.В. Кожно-костная реконструкция пальцев кисти с использованием кровоснабжаемых трансплантатов // Современные технологии в медицине. 2011. № 4. С. 22-27.
19. Ибрагимов Э.К. Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых сгибательных контрактур пальцев кисти у детей. Автореферат канд. м.н., 2007г. 27 С.
20. Исмоилов М.М., Ходжамурадов Г.М., Саидов М.С., Шаймонов А.Х. Применение несвободного пахового лоскута при простых поверхностных дефектах верхней конечности // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. 2015. Т. 58. № 5. С. 440-445.
21. Ходжамурадов Г.М., Исмоилов М.М. Пластика глубоких обширных дефектов покровных тканей верхней конечности // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2013. № 2. С. 58-66.
22. Лакатош К.О., Губин М.А. Использование методов реконструктивно-пластической хирургии в лечении последствий глубокой термической травмы головы и шеи // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2011. № 16 (111). С. 137-139.
23. De Lorenzi F, van den Hulst R, Boeckx W. Free flaps in burn reconstruction. *Burns*. 2001;27:603–12.

УДК 616. 366 – 003.7– 072.1– 089.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Проведен анализ результатов хирургического лечения 359 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом с использованием традиционного лапаротомного и минилапаротомного доступов. В 1-группе интраоперационные осложнения наблюдались у 7 (2,4%) больных, и во 2-группе – у 17 (23,2%). Ранние послеоперационные осложнения развились у 5 (1,7%) больных 1-группы, и у 7 (9,5%) – 2-группы. Летальных исходов не было. Холецистэктомия из минилопаротомного доступа позволяет получить хорошие непосредственные результаты лечения у большинства больных, обеспечить низкое число интраоперационных и после операционных осложнений.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, минилапаротомия, лапароскопия, холецистэктомия.

ЎТ - ТОШ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА МИНИЛАПАРОТОМИЯ УСУЛИДАН ФОЙДАЛАНИШНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Анъанавий лапаротомия ва минилапаротомия усулларида фойдаланган ҳолда ўткир ва сурункали холецистит ташхиси билан 359 беморни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари таҳлили. 1-гурӯҳда амалиёт ичи (интраоператив) асоратлар 7 (2,4%) беморда, 2 -гурӯҳда - 17 (23,2%) да кузатилган. Операциядан кейинги дастлабки асоратлар 1-гурӯҳдаги 5 (1,7%) беморда, 2-гурӯҳдаги 7 (9,5%) беморда ривожланган. Ўлим ҳолатлари кузатилмаган. Кўпчилик ҳолларда минилопаротомия усулида ўтказилган холецистэктомия амалиёти беморларда яхши натижа беради, амалиёт ичи (интраоператив) ва амалиётдан кейинги асоратларнинг кам бўлишини таъминлайди.

Калит сўзлар: ўт – тош касаллиги, минилапаротомия, холецистэктомия.

EFFICIENCY OF USING MINILAPAROTOMIC ACCESS IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH GALL STONE DISEASE

The analysis of the results of surgical treatment of 359 patients with acute and chronic calculous cholecystitis using traditional laparotomic and minilaparotomic approaches. In group 1, intraoperative complications were observed in 7 (2.4%) patients, and in group 2 - in 17 (23.2%). Early postoperative complications developed in 5 (1.7%) patients in group 1, and in 7 (9.5%) patients in group 2. There were no lethal outcomes. Cholecystectomy from the minilaparotomic approach allows to obtain good immediate treatment results in most patients, to ensure a low number of intraoperative and postoperative complications.

Key words: gallstone disease, minilaparotomy, holecistectomy.

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) входит в число наиболее распространенных заболеваний цивилизованного общества и является одной из важных проблем в абдоминальной хирургии.

Даже самые современные методики оперативного вмешательства непременно имеют ряд противопоказаний. И хотя лучшим вариантом лечения желчнокаменной болезни во всем мире считается лапароскопическая холецистэктомия, ее не делают, в частности, пожилым пациентам. Причина – наличие сопутствующих заболеваний, чаще всего сердечно - сосудистых и дыхательных. Как правило, таким пациентам хирурги вынуждены удалять желчный пузырь по традиционной методике. А она весьма тяжело переносится из – за большого разреза на животе и сопровождаются большой частотой послеоперационных осложнений и высокой летальностью (П.С.Ветшев,2005).

Современный подход к лечению желчнокаменной болезни основан на приоритетном использовании малоинвазивных вмешательств, которые включают в себе лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), холецистэктомию из мини доступа, холедохолитотомию, дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости, и другие виды оперативного вмешательства.

Именно поэтому в последние годы хирурги все чаще стали применять «промежуточный» вариант операции – так называемую холецистэктомию из мини-доступа. К этой методике прибегают в случае острого калькулезного холецистита (если продолжительность обострения не превышает одной недели) или хронического течения заболевания. Удаление желчного пузыря в данном случае проводится через небольшой – от 3 до 6 см – разрез в брюшной стенке.

В настоящее время наряду с традиционной холецистэктомией получили признание, так называемые малоинвазивные технологии, к которым относятся лапароскопические вмешательства и операция из минилапаротомного доступа (К.Б. Саидмурадов, 2013; С.С.Давлетов, 2014).

Цель: улучшить и оценить эффективность использования минилапаротомного метода хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты оперативного лечения 359 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом, которые находились в отделении абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра.

Пациенты разделены на две группы в зависимости от варианта выполненного хирургического вмешательства.

В 1-ю группу вошли 286 (80,0%) больных, перенесших вмешательство из минилапаротомного доступа, во 2-ю группу – 73 (20%) больных которым операция была выполнена из традиционного лапаротомного доступа.

В 1-й группе было 32 (11 %) мужчин и 254 (89 %) женщин, во 2-й группе -11 (15 %) мужчин и 62 (85 %) женщин, в возрасте от 20 до 86 лет. Острый калькулезный холецистит был у 97 (27 %) больных, хронический калькулезный холецистит - у 262 (73%). Среди этих больных ЖКБ с гнойным холангитом, осложнённый желтухой было у 40, водянка желчного пузыря - у 30, синдром Миризи у 6 больных.

Наиболее часто из сопутствующих заболеваний встречались гипертоническая болезнь 2-3 степени, стенокардия напряжения, сахарный диабет II тип, ожирение 2-3 степени.

В предоперационном периоде больным обеих групп с механической желтухой, стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки и холедохалитиазом выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию, папиллосфинктротомию.

Результаты. Мы при выполнении операции в обеих группах в качестве доступа использовали косой разрез в правом подреберье по Кохеру. Величина доступа практически во всех операциях было стандартной для вмешательств из минилапаротомного доступа в пределах 3-5 см. Послойно вскрывали кожу, подкожную клетчатку, переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. Прямую мышцу тупо расслаиваем по ходу мышечных волокон. Брюшину рассекаем в месте с задней стенкой влагалища прямой мышцы. Верхний край раны отводим крючком Фарабэфа, после чего визуализируется желчный пузырь. Дно желчного пузыря захватываем зажимом Люэра и выводим в рану, вторым зажимом Люэра захватываем шейку желчного пузыря. Ориентируясь на треугольник Кало, на зажим берем пузырную артерию, пересекаем и лигируем капроном №3. Пузырный проток пересекаем на уровне 1 см от холедоха, культю лигируем капроном №3. После контроля гемостаза к Винсловому отверстию устанавливаем перчаточнотрубочный дренаж и

выводим через отдельное отверстие в правом подреберье. Все больные были оперированы под эндотрохиальным наркозом с применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких аппаратом Drager.

Холецистэктомия выполняли от шейки или комбинированным способом по стандартной хирургической методики

Сочетанные операции выполнены 4 (1,3%) больным 1-й группы: Цистэктомия из левого яичника—у 2, протезирование передней брюшной стенки ниже пупка по поводу послеоперационной грыжи—у 2. 7 (9,5%) больным 2-й группы: эхинакокэктомия из правой доли печени—у 3, Цистэктомия из правого яичника—у 2, протезирование пахового канала по поводу грыж передней брюшной стенки—у 2.

Частота конверсий в 1-й группе не было.

Сравнительные результаты по длительности заживления послеоперационной раны показали, что в 1- группе больных рана заживает полностью на 5 сутки, а во 2 группе при традиционной холецистэктомии на 7 сутки, что достоверно больше на 2 сутки.

Продолжительность операции у больных 1-группы оперированных традиционным методом составляло $40,0 \pm 5$ мин, а во 2-группе - $50,2 \pm 5$ мин, что в среднем на 10 мин меньше чем в 2-группе.

В 1-группе больных при выполнении минилапаротомный холецистэктомии интраоперационные осложнения наблюдались у 7 (2,4%) больных: кровотечение из пузырной артерии возникло у 2 (0,6%), из ложа желчного пузыря - у 5 (1,7%). У всех больных кровотечение остановлено во время операции с дополнительной перевязкой пузырной артерии и ушиванием ложа.

Во 2- группе больных при выполнении традиционной холецистэктомии интраоперационные осложнения наблюдались у 17 (23,2%) больных: кровотечение из пузырной артерии у 4 (5,4%), из ложа желчного пузыря - у 9 (12,3%). У всех больных кровотечение остановлено во время операции. Желчеистечение из ложа желчного пузыря зафиксировано у 4 (5,4%) больных, которое остановлено во время операции дополнительным ушиванием ложа (таблица 1).

Таблица 1.

Характер интраоперационных осложнений

	Желчеистечение	Кровотечение из пузырной артерии	Кровотечение из ложа желчного пузыря
1-группа, n=286	-	2 (0,6%)	5 (1,7%)
2-группа, n=73	4(5,4%)	4 (5,4%)	9 (12,3%)

Среди всех послеоперационных осложнений чаще встречались осложнения воспалительного характера со стороны послеоперационной раны – 5 больных (1,7%) в первой группе, 7 (9,5%) во второй группе (таблица 2).

Таблица 2

Характер ранних послеоперационных осложнений

	Серома после- операц. раны	Инфильтрат в обл. после- операц. раны	Нагноение раны	Парез кишечника	Пневмония
1-группа, n=286	2(0,6%)	3 (1,0%)	-	-	-
2-группа, n=73	2(2,7%)	2 (2,7%)	1(1,3%)	1 (1,3 %)	1(1,3%)

Увеличение количества воспалительных осложнений послеоперационной раны в первой группе, мы связываем с увеличением давления ран расширителем на кожу, подкожножировую клетчатку, мышечный слой, апоневроз передней брюшной стенки в области операционной раны, что вызывает ишемию тканей.

Сроки наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде во всех группах больных составили от одного года до трех лет и прослежены у 278 (77,4%) пациентов.

У больных в первой группе которым холецистэктомия проводилась минилапаротомным доступом в отдаленном периоде выявлено: холедохолитиаз – у 3 (1,0%) больного,

послеоперационных вентральных грыж не наблюдали.

Во второй группе при использовании традиционной лапаротомии в отдаленном периоде выявлены следующие осложнения, связанные с проведением операции: холедохолитиаз – у 5 (6,8%) больных, послеоперационная вентральная грыжа – у 10 (13,6%) больных.

Заключение. Таким образом преимуществом метода по сравнению с лапароскопической техникой является бинокулярный контроль – хирург наблюдает за своими действиями не на видеоэкране, а непосредственно собственными глазами. За счет этого, в частности, снижается риск повреждения окружающих желчный пузырь органов. Мышцы не рассекаются, а раздвигаются вдоль волокон, что не вызывает сильной боли после операции и ускоряет заживление раны.

Минилапаротомный доступ позволяет получить хорошие непосредственные результаты лечения у большинства больных, обеспечить низкое число интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа может рассматриваться как полноценный миниинвазивный метод хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью, в том числе гнойно-деструктивными формами холецистита.

Литература.

1. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чинников М.А., Панович В.К., и др. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных острым калькулезным холециститом // Хирургия. - 2014. № 1, - с 30-33.
2. Айгерим Б.Р. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии // Наука и здравоохранение. – 2016. № 1, - 40-53.
3. Ветшев П.С., Ногтев П.В., Холецистокардиальный синдром – миф или реальность Хирургия Узбекистана. 2005. № 3.- с. 59-64.
4. Давлатов С.С.и др. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Academy. 2017. № 7. –с. 92-94.
5. Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б. Минилапаротомия в хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Хирургия Узбекистана. 2020. № 4.- с. 88-91.
6. Раимжанова А. Б. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии. Наука и здравоохранение, -2016. № 1.-с 40-53.
7. Саидмурадов К. Б. Хирургическое лечение больных с посттравматическими рубцовыми структурами магистральных желчных протоков // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 27-28.
8. Топузов Э.Г. Минилапаротомия в лечении холелитиаза // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирагова -2016. -т.11, № 1, - с 42-44.
9. Чарышкин А.Л., Бикбаева К.И. Результаты применения минилапаротомии у больных острым холециститом. // Ульяновский медико- биологический журнал. -2014. № 1,- с 47-54.
10. Harju J., Juvonen P., Kokki H. et al. Minilaparotomy holecystectomy with ultrasonic dissection versus conventional laparoscopic cholecystectomy: a randomized multicenter study.//Scand J Gastroenterol. 2013 Nov;48(11):1317–23.

УДК 616.366– 089.87-06:616.381-072.1

ОШИБКИ, ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИХ УСТРАНЕНИЯ

¹Туракулов У.Н., ²Саатов Р.Р., ³Кадиров М.Ш., ³Кодиров Ш.Н.

¹ГУ“Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова”, ²ЦРПКМР,

³Андижанский государственный медицинский институт

В статье приводится материал 1671 лапароскопических холецистэктомий, приведших в 64 случаях к различным послеоперационным осложнениям. Эти случаи были разделены на три группы в зависимости от времени возникновения, и осложнения были устранены оперативными методами, выбранными в зависимости от состояния и травмы пациентов. Проведен анализ причин этих осложнений, методы диагностики, принципы выбора реконструктивно-восстановительных операций, ближайшие и отдаленные результаты этих операций.

Ключевые слова: печень, наружные желчные пути, ятрогенное повреждение, рубцевание, диагностика.

ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДА ХАТОЛАР, АСОРАТЛАР ВА УЛАРНИ БАРТАРАФ ЭТИШНИНГ ЖАРРОҲЛИК УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШ

Кўриб чиқилаётган мақолада 1671 та лапароскопик усулда бажарилган холецистэктомияда операциялар вақтида ва ундан кейинги 64 нафар беморда ятроген шикастланишларни сабаблари ўрганиб

чиқилди. Ушбу сабаблар келиб чиқиши вақтига қараган ҳолда, уч гуруҳга бўлиниб, беморлар ҳолатига ва жароҳатга қараб танланган оператив усулларда асоратлар бартараф қилинди. Шу беморларда операциядан кейинги даврлари ўрганилиб, операциядан сўнги узок вақтда бўладиган асоратлари аниқланиб, улар ҳам замонавий усулларда бартараф этилгани баён қилинди.

Калит сўзлар: жигар, ташқи ўт йўллари, ятроген шикастланиш, чандиқли торайиш, ташхислаш.

SELECTION OF ERRORS, COMPLICATIONS AND SURGICAL METHODS OF MAKING THEM OVER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

In the article under consideration, the causes of 64 iatrogenic injuries during and after operations in 1671 laparoscopic cholecystectomy were studied. These cases were divided into three groups, depending on the time of origin, and complications were eliminated in operative methods selected depending on the condition and injury of the patients. The postoperative period in these patients was studied, and long-term postoperative complications were identified which were also eliminated by modern methods

Keywords: liver, external biliary tract, iatrogenic injury, scarring, diagnosis.

Актуальность. Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью привело к значительному возрастанию число выполняемых хирургических вмешательств. В настоящее время операции на внепеченочных желчных протоках (ВПЖП) производятся в большинстве общехирургических лечебных учреждений хирургами различного уровня квалификации. Это неизбежно сопровождается увеличением частоты всевозможных осложнений, в том числе и ятрогенных травм, являющихся причиной образования рубцовых стриктур ВПЖП [1,2,4].

В связи с появлением и освоением современных технологий в хирургической гепатологии, вопросы диагностики и лечения ятрогенных травм ВПЖП и наружных желчных свищей приобрели еще большую актуальность [3,5,8].

В последние годы широкое распространение получила эндовизуальная хирургия, в числе которой прочно обосновалась лапароскопическая холецистэктомия. При всей привлекательности и несомненном преимуществе данной технологии, этап ее освоения ознаменовался всевозможными послеоперационными осложнениями различной тяжести, нередко приводящими к летальным исходам. Так, если число ятрогенных повреждений желчных протоков было стабильным в последние десятилетия и составляло 0,05 - 0,3%, то с применением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭК) даже в ведущих учреждениях хирургической гепатологии оно выросло более, чем десятикратно - до 4% [6,9,10].

Наряду с обширной литературой, посвященной изучению реконструктивной гепатобилиарной хирургии, приходится констатировать, что очень многие вопросы в этом направлении далеко не решены, а некоторые из них вообще находятся в зачаточном состоянии. Особенно это относится к ятрогенным травмам ВПЖП [7,8,9,10].

В реконструктивной хирургии желчевыводящих путей наметился серьезный прогресс, связанный, прежде всего, с активным внедрением современных методов эндоскопической и рентгеноэндovasкулярной хирургии, применением прецизионной технологии и биоматериалов [7,10]. Однако, несмотря на это, реконструктивные операции на желчных протоках в 4,5 -25% случаев сопровождаются развитием стриктуры наложенных билиодигестивных и билио-билиарных анастомозов, дезавуируя результаты реконструктивных операций, и приводят к усугублению тяжести состояния пациентов. Реконструктивно - восстановительные вмешательства сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15 -30%. В связи с этим, все больший интерес в последнее время вызывают малоинвазивные методы восстановления желчеоттока и, в первую очередь, эндоскопические вмешательства. В настоящее время эндоскопические способы диагностики и лечения играют немаловажную роль при и заболеваниях гепатобилиарной системы. Что касается лечебных возможностей эндоскопических способов, то, наряду с традиционными методиками санации гепатикохоледоха и восстановления адекватного пассажа желчи, такими как эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование, широкое распространение в клинической практике получают новые эндоскопические вмешательства. К ним относятся механическая литотрипсия, дуоденобилиарное дренирование гепатикохоледоха с использованием эндобилиопротезов[6,8].

Вышеизложенное определяет актуальность обсуждаемой темы.

Целью настоящего исследования является анализ результатов хирургического лечения больных с ятрогенными травмами ВПЖП в сочетании традиционных методов лечения с использованием эндоскопических технологий.

Материал и методы: в отделении абдоминальной хирургии Областного Многопрофильного

Медицинского Центра и в отделениях экстренной хирургии ЦРБ Алтинкульского и Жалалкудукского районов за период 2016 по 2021 годы выполнены различные лапароскопические вмешательства у 3115 больных в возрасте от 17 до 84 лет (табл.1.)

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту.

Пол	Возраст от 19-30	31 - 50	51 - 60	61 и выше.
Муж	16 (0,5 %)	106 (3,4 %)	154 (4,9 %)	11 (0,35 %)
Жен	198 (6,4%)	425 (13,6 %)	578(18,6 %)	183 (5,9 %)
Всего	214 (6,9 %)	531 (17,0 %)	732 (24,5 %)	194 (6,2 %)

Из этого числа лапароскопическая холецистэктомия произведена в 1671 случаях, из которых женщин было 1384 (83%), мужчин 287 (17%). Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 926 больных, острый - у 716, полипоз желчного пузыря - у 13, острый бескаменный холецистит - у 9, хронический бескаменный холецистит - у 5. У 64 пациентов во время выполнения ЛХЭ отмечены «свежие» ятрогенные повреждения ВПЖП. Семеро больных переведены из других клиник через 6-9 суток после повреждения с клиникой желчного перитонита. Интраоперационная диагностика повреждений внепеченочных желчных протоков основывалась на обнаружении желчи в операционном поле. В послеоперационном периоде диагностика формировалась на сборе жалоб и анамнеза, наличии желтушности склер, потемнения мочи, ахоличности кала, выделении желчи по дренажу, клинических признаках раздражения брюшины, симптомах механической желтухи, холангита. Для определения уровня повреждения применяли УЗИ, по показаниям - ЭРХПГ, фистулографию, КТ и МРТ.

Результаты и их обсуждение. По характеру повреждения внепеченочных желчных протоков больные распределились следующим образом: пристеночное повреждение - 28; полное пересечение - 19; клипирование гепатикохоледоха - 8; частичный коагуляционный некроз - 6. Ошибочное удаление части печеночных протоков обнаружено у 3 больных.

Для определения причин ятрогенные повреждения изучали анамнез состояния желчного пузыря и воспалительные процессы окружающей во время первичной операции. Из 64 больных при поступлении 29 поступили на 5-6 сутки от начала приступа холецистита, 35 - на 3-4 сутки. У 24 пациентов острый гангренозный холецистит сопровождался массивным инфильтративным и спаечным процессом в гепатодуоденальной зоне и местным перитонитом. В трех случаях обнаружен короткий пузырный проток у одной больной - удвоение желчного пузыря. В 7 случаях констатированы технические погрешности оперирующего хирурга.

В зависимости от сроков выявления травм желчных протоков больные разделены на 3 группы.

1. Повреждения, обнаруженные во время операции - 16 больных. В этой группе операции закончены следующим образом: 11 больным наложен первичный шов холедоха на дренаже; в 3 случаях произведено наружное дренирование холедоха по методу Вишневого. В двух случаях при остром флегмонозном холецистите с выраженным спаечным процессом гепатодуоденальной зоны во время ЛХЭК заподозрено частичное резецирование печеночного протока вместе с желчным пузырем. Осмотрен гистологический материал и установлено, что резецировано около 1,0 см гепатикохоледоха. Операция продолжалась с конверсией и наложением гепатико-еюноанастомоза по Ру.

2. На 5-8 сутки после операции повреждения выявлены у 17 больных. В этой группе 3 больным с разлитым желчным перитонитом и тонкостенным холедохе произведено наружное дренирование желчных путей по методу Вишневого. У 5 больных при полном клипировании гепатикохоледоха произведено удаление клипс и наружное дренирование на Т - образном дренаже по Керу, а в одном случае - наложение гепатико-еюноанастомоза с потерянными дренажом. У больной, у которой наложен Т -образный дренаж по Керу, отмечались периодические обострения холангита. У 8 пациентов, которым наложен гепатико-еюноанастомоз на изолированной петле по Ру, отмечен хороший результат. Одна больная переведена из другого стационара на 5 сутки после лапароскопической холецистэктомии в тяжелом состоянии, обусловленном выраженной механической желтухой, болями в подпеченочной области, явлениями динамической непроходимости. Ей после однодневной предоперационной подготовки выполнена лапаротомия, во время ревизии обнаружено полное клипирование гепатикохоледоха и частичное резецирование холедоха. Учитывая тяжесть состояния больной, после удаления

клипсы установлен наружное дренаж гепатикохоледоха в качестве первого этапа операции. Через три месяца выполнен гепатикоюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

3. У 8 больных повреждения обнаружены через 2-4 недели выписки из стационара после первичной ЛХЭК. В этой группе больные поступили с проявлениями механической желтухи, с наружными желчными свищами. После подготовки, стабилизации состояния им выполнены различные виды гепатикоюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

Таблица 2 демонстрирует причины ятрогенных травм ВПЖП.

Таблица 2. Причины ятрогенные повреждения ВПЖП

1	Поздние поступления	4-5 сутки	35
		6-7 сутки	29
2	Форма холецистита	Флегмонозный с инфильтрацией	29
		Гангренозный с местный перитонитом	24
3	Удвоение пузырного протока		1
4	Погрешности первичной операции		7

После операции все больные обследованы через 6 и 12 месяцев и через 2 года. Из 44 больных без билиодигестивных анастомозов в девяти случаях наступили поздние осложнения.

Пристриктурах ВПЖП эндоскопические способы диагностики и лечения играют немаловажную роль. Двенадцати пациентам удалось произвести эндоскопическое билиостентирование.

Выводы: 1. Во время первичной операции следует учитывать характер воспалительного процесса гепатобилиарной зоне для предотвращения ятрогении.

2. При пристеночных ранениях ВПЖП, выявленных во время операции, целесообразно ушивание и дренирование на Т - образном дренаже, либо через культю пузырного протока. При полном пересечении холедоха выполнение первичной пластики почти в 100% случаев приводит к стенозу. Операцией выбора является применение гепатикоюноанастомоза с потерянном дренажом, с использованием прецизионной техники и применением монофильных шовных материалов.

3. Наилучшие результаты получены при выполнении гепатикоюноанастомоза на изолированной по Ру петле. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, больные выписаны на 8-12 сутки в удовлетворительном состоянии с нормальными показателями функции печени.

4. Отдаленные результаты в течение 1-3 лет прослежены у 19 больных. Хорошие результаты получены у 11 больных, которым произведен гепатикоюноанастомоз с потерянном дренажом. Удовлетворительный результат отмечен у 5 пациентов, у которых после удаления дренажей из желчных протоков беспокоят периодические боли в правом подреберье, кратковременные приступы холангита. В трех случаях после первичной пластики холедоха в течение 6-15 месяцев развилось сужение гепатикохоледоха, что потребовало эндоскопического билиостентирования.

Литература.

1. Акбаров М.М., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н., Струцкий Л.П. Роль и место эндоскопических технологий в реконструктивно-восстановительной хирургии ятрогенных травм внепеченочных желчных путей и наружных желчных свищей. // Журнал Новый день в Медицине. 2015. № 4. с 28-31.
2. Агаев Б.А., Атаев Р.М., Новрузов Ш.А. Новые направления в реконструктивно-восстановительной хирургии желчных протоков. // Книга. Материалы 10 Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов 2003 г. М. стр. 76.
3. Богданов Д.Ю., Осокин Г.Ю., Румянцев И.П. и др. Сравнение клинической эффективности применения малоинвазивных оперативных доступов при хирургическом лечении холедохолитиаза. Современные медицинские технологии; // Материалы 8 -й научно практической конференции врачей УЗ МЖД.М.2007. стр. 35-37.
4. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Дюжева Т.Г., Чевокин А.Ю. Дренаж в реконструктивной и восстановительной хирургии желчных протоков: прошлое, настоящее, будущее. // Материалы международной конференции «Вахидовские чтения», Ташкент, 2005. стр.27-36.
5. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин Ю.А. Лечение повреждений внепеченочных желчных протоков, полученных при лапароскопических холецистэктомиях. // Ж. «Хирургия им . Н.И. Пирогова» 2001. № 1.

стр.51-53.

6. Малайчук В.И., Климов А.Е., Пауткин Ю.Ф., Иванов В.А. К вопросу о хирургическом лечении ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков. //Материалы 10 Юбилейной международной конференции хирургов -гепатологов 2003 г. Москва. стр 112.

7. Назиров Ф.Г., Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Девятов А.В., Атаджанов Ш.К. Операции при повреждениях и структурах желчных протоков. //Журнал «Хирургия им. Н.И. Пирогова» 2006. № 4. стр. 46 -51.

8. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и лапароскопическая холециститэктомия в лечении холелитиаза в сочетании с доброкачественными поражениями внепеченочных протоков.// Сборник тезисов 12 го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. М.2008. стр 444-446.

9. Jeng R.S. Treatment of intrahepatic biliary strictures associated with hepatolithiasis. Hepatogastroenterology 1997. V.44. N/342-51/

10. Lauj.Y.W., Leow C.K., et. Al. Cholecystectomy or Gallbladder In Situ After Endoscopic Sphincterotomy and Dile Duct Stone Removal in Chinese Patients. Gastroenterology. January 2006, 1 30. 96-103

УДК: 572.511.2-036.17: 611.7 : 37.018.5- 07 -08 - 084

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СКЕЛЕТА В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА

Куйиков З.Х., Усманов Ш.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

На основании данных обследования и лечения 122 учащихся с нарушениями осанки установлена эффективность различных комплексов лечебной гимнастики в коррекции статической составляющей двигательного стереотипа. Показано, что для этой цели наиболее эффективным является использование физических упражнений с преимущественной стимуляцией тонического сокращения мышц. При этом установлено, что наилучший результат отмечается при их длительном применении.

Ключевые слова: двигательный стереотип, компьютерная оптическая топография, лечебная физическая культура.

МАКТАБ-ИНТЕРНАТДАГИ БОЛАЛАРДА ҚАДДИ-ҚОМАТИНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА СКЕЛЕТНИНГ ТИЗИМИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ

122 ўқувчининг ҳолати бузилганлигини текшириш ва даволаш маълумотлари асосида тиббиёт гимнастикасини моторли стереотипнинг статик таркибий қисмини тузатишдаги турли комплексларининг самарадорлиги аниқланди. Кўрсатилганидек, бу мақсадда мушакларнинг қисқаришини кучайтирадиган жисмоний машқларни қўллаш энг самарали ҳисобланади. Шу билан бирга, энг яхши натижа уларни узоқ муддатли ишлатиш билан кузатилганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: мотор стереотипи, компьютер оптик топографияси, машқлар терапияси.

TREATMENT AND PREVENTION OF THE PROGRESSION OF POSTURE DISORDERS IN CHILDREN WITH SYSTEMIC DISEASES OF THE SKELETON IN A BOARDING SCHOOL

Based on the data of examination and treatment of 122 pupils with posture disorders, the effectiveness of various complexes of medical gymnastics in correcting the static component of the motor stereotype was established. It was shown that for this purpose the most effective is the use of physical exercises with predominant stimulation of tonic muscle contraction. At the same time, it was found that the best result is observed with their long-term use.

Keywords: motor stereotype, computer optical topography, exercise therapy.

Введение. На сегодняшний день у современных детей и подростков большинство проблем со здоровьем связаны с нарушением осанки. Данные научных исследований в 96% случаев связывают данный дефект с дисфункцией и патологическими процессами, происходящими в скелетной мускулатуре, и только 4% приходится на долю врожденных искривлений осанки [6,7]. Из вредных привычек, вызывающих неадекватную осанку, можно отметить нарушение санитарно-гигиенического режима, несоблюдение элементарных правил формирования осанки, гиподинамия и др. В частности, даже если нет четкой причины, деформация позвоночника легко может возникнуть в подростковом возрасте и без должного внимания к данному процессу, закономерно переходит в сколиоз [1,5,8].

Нарушения осанки у детей, особенно в подростковом возрасте, приводят к психо-эмоциональным проблемам, развитию различного рода комплексов, которые без должной коррекции ухудшают качество жизни в дальнейшем [3]. Так же нарушения осанки служат

пусковым моментом возникновения различных соматических заболеваний [2,7]. При этом поражается не только опорно-двигательный аппарат, но и внутренние органы [1,6].

В настоящее время наиболее эффективным видом лечебно-профилактической помощи детям с нарушениями осанки и сколиозом, является их пребывание в специализированных школах-интернатах, где общеобразовательный процесс сочетается с охранительным лечебно-оздоровительным, корригирующим и тренирующим режимом. Полноценное лечение и реабилитация таких пациентов становятся возможными только при условии круглосуточного нахождения пациента в условиях реабилитационного и лечебного учреждения на протяжении длительного времени.

Цель исследования: лечение и профилактика прогрессирования различных нарушений осанки у детей и подростков в условиях специализированной школы-интерната, оценка их оздоровительной эффективности и рекомендации по оптимизации профилактических и оздоровительных мероприятий для этого контингента детей.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 122 учащихся (90 девушек и 32 юноши) в возрасте от 7 до 16 лет с нарушениями осанки. Исследование проводилось на базе Бухарской областной специализированной школы-интерната №23 для детей со сколиозом.

Состояние позвоночника и окружающих его мягких тканей изучалось методами вертеброневрологии и мануальной медицины. Для исключения тяжелых деформаций позвоночника применялась спондилография.

В зависимости от лечебных мероприятий все учащиеся были разделены на три однородные по полу и возрасту группы. I группа – 48 (31,1%) детей, которым в качестве лечебных мероприятий была рекомендована ЛФК по общепринятым схемам, используемым при нарушениях осанки у детей [4]. II группа - 44 (36,1%) человека, которым проводился специальный коррекционный комплекс ЛФК, основанный на стимуляции тонического сокращения мышц, одним курсом продолжительностью 10 дней. III группа - 40 детей (32,8%), которым проводились упражнения разработанного комплекса ЛФК после однократного десятидневного курса и выполнялись 2 раза в неделю в течение 6 месяцев. При этом они проводились при соблюдении ряда условий: выполнение каждого упражнения более 3 сек. (обычно 6-10 сек.), чем добивались переобучения выполнению мышечного сокращения в тоническом режиме; использование принципа обратной связи, когда движение в локомоторном узле выполнялось до болевого порога, очевидного для пациента, что приводило к расширению объема локомоции за счет смещения болевого барьера; небольшое количество повторов (4-6 раз) и запрет на использование скоростных упражнений, что позволяло не допустить формирования гипермобильности локомоторного узла; выполнение упражнения с удовольствием, концентрацией внимания в регионе проводимого движения, что способствовало осознанной реедукации неоптимального локомоторного акта. Эффективность результатов применения ЛФК оценивали по данным клинического обследования и компьютерной оптической томографии (КОТ), проводимых непосредственно после курса лечения, через 1 и 6 месяцев по его окончании.

Математическая обработка полученных данных выполнена на персональном компьютере «Pentium-III» с применением прикладной статистической программы «Statistica for windows» версии 5.5 фирмы «Stat Soft». Для оценки достоверности различий показателей использовали критерий Стьюдента (t)

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование позволило выявить, что при КОТ у всех наблюдаемых детей и подростков выявлены разнородные и разнонаправленные изменения объемных и осевых показателей статической составляющей двигательного стереотипа, соответствующие различным вариантам нарушения осанки. Так, сколиотическая осанка отмечалась у 80 (52,6%), сутулая спина – у 20 (13,2%), круглая – у 15 (9,9%), кругловогнутая – у 14 (9,2%), плосковогнутая – у 11 (7,2%), вогнутая – у 7 (4,6%) и плоская – у 5 (3,3%) больных.

При оценке результатов лечения в I группе непосредственно после проведения курса ЛФК отмечалась следующая динамика показателей КОТ: полная нормализация осевых и объемных параметров – у 12 (31,6%) человек, частичное уменьшение выраженности изменений параметров КОТ – у 16 (42,1%), отсутствие их динамики – у 10 (26,3%) пациентов.

Оценка результатов лечения непосредственно после курса ЛФК во II группе показала, что полная нормализация осевых и объемных параметров КОТ выявлялась у 23 (52,3%) человек, уменьшение выраженности изменений этих параметров – у 21 (47,7%) учащихся.

При анализе непосредственных результатов применения ЛФК в III группе была установлена следующая динамика параметров КОТ: полная их нормализация – в 21 (52,5%) случаях,

уменьшение выраженности патологических изменений – у 19 (47,5%) учащихся.

Оценка результатов лечения через 1 месяц после курса ЛФК в I группе показала, что полная нормализация осевых и объемных параметров КОТ выявлялась у 10 (26,3%) человек, уменьшение выраженности изменений этих параметров – у 16 (42,1%), а отсутствие их динамики – у 12 (31,6%) учащихся.

При оценке результатов лечения во II группе через 1 месяц после проведения курса ЛФК отмечалась следующая динамика показателей КОТ: полная нормализация осевых и объемных параметров – у 29 (65,9%) человек, частичное уменьшение выраженности изменений параметров КОТ – у 15 (34,1%) пациентов.

Анализ результатов применения ЛФК в III группе спустя месяц после окончания десятидневного курса установил следующую динамику параметров КОТ: полную их нормализацию – в 30 (75%) случаях, уменьшение выраженности патологических изменений – у 10 (25%) учащихся.

Оценка результатов лечения через 6 месяцев после курса ЛФК в I группе показала, что полная нормализация осевых и объемных параметров КОТ выявлялась у 8 (21,0%) человек, уменьшение выраженности изменений этих параметров – у 12 (31,6%), а отсутствие их динамики – у 18 (47,4%) учащихся.

При оценке результатов лечения во II группе через 6 месяцев после проведения курса ЛФК отмечалась следующая динамика показателей КОТ: полная нормализация осевых и объемных параметров – у 25 (56,8%) человек, частичное уменьшение выраженности изменений параметров КОТ – у 19 (43,2%) пациентов.

Анализ результатов применения ЛФК в III группе спустя 6 месяцев установил следующую динамику параметров КОТ: полную их нормализацию – в 34 (85,0%) случаях, уменьшение выраженности патологических изменений – у 6 (15,0%) учащихся.

Проведенное исследование показало большую эффективность разработанного комплекса ЛФК при длительном многомесячном применении. Так, было установлено, что использование стандартного комплекса упражнений приводит к нормализации осевых и объемных параметров КОТ к концу курса лечения лишь у четвертой части больных I группы, при этом у пятой части учащихся вообще отсутствует положительная динамика данных показателей. После месячного курса лечения коррекция устойчиво сформировавшегося двигательного паттерна сохраняется так же у четверти пациентов. Вместе с тем, число учащихся, у которых нарушения осанки возвращаются к исходному значению, увеличивается. Данный рецидив происходит за счет возврата прежних нарушений двигательного стереотипа у тех пациентов, у которых не была получена полная нормализация параметров КОТ. Та же самая картина наблюдается у детей этой группы и через 6 месяцев после проведения курса ЛФК. То есть нарастает количество случаев рецидивов нарушений осанки и уменьшается число полной коррекции статической составляющей двигательного стереотипа.

Применение разработанного комплекса ЛФК, основанного на стимуляции тонического сокращения мышц, уже к концу десятидневного курса приводит к полной нормализации параметров КОТ более чем у половины пациентов II группы. Не было выявлено ни одного случая отрицательной динамики показателей. В III группе через месяц прирост лиц, имеющих полную коррекцию параметров статической составляющей двигательного паттерна, был выражен в большей степени. Однако, через 6 месяцев после лечения дальнейшее увеличение количества учащихся, имеющих полную нормализацию параметров КОТ, наблюдалось лишь в III группе. Во II группе к концу шестимесячного наблюдения число учащихся, имеющих нормальные параметры КОТ, немного уменьшалось. Тем не менее, рецидивов нарушений осанки до исходного уровня как во II, так и в III группах в эти сроки не отмечалось.

Таким образом, проведенное исследование показало, что наиболее эффективным для коррекции статической составляющей двигательного стереотипа при нарушениях осанки у учащихся является длительное использование физических упражнений.

Выводы.

1. Использование инструментальных методов диагностики помогает в объективном инструментальном контроле эффективности лечебных мероприятий у школьников с различными нарушениями осанки в условиях специализированной школы-интерната.

2. Существующие специализированные учреждения (школы-интернаты) способны обеспечивать положительный лечебно-оздоровительный эффект наряду с проведением общеобразовательного процесса детей и подростков с различными нарушениями осанки.

3. Наиболее эффективным для коррекции статической составляющей двигательного

стереотипа при нарушениях осанки у учащихся является длительное использование физических упражнений, способствующих стимуляции тонического сокращения мышц, что вызывает устранение ограничения объема движений в суставах, релаксацию мышц, связок, тонизацию ослабленных мышц, способствуя изменению программы построения и исполнения движений.

Литература.

1. Васильев А.И. Дегенеративный сколиоз: обзор мировой. Хирургия позвоночника. 2016; 13 (4): 56-65.
2. Кошелева Л.П. Правильная осанка – залог здоровья человека. Междунар. журн. прикладных и фундаментальных исследований. 2014; 12 (2): 215-217.
3. Панков Д.Д., Рубцов В.В. Медицинские и психосоциальные проблемы школьников-подростков. Методическое пособие для специалистов, работающих в области здравоохранения и образования. - М.: Московский центр качества образования, 2010
4. Потапчук А. А., Матвеев С. В., Дидур М. Д. Лечебная физическая культура в детском возрасте. СПб.: Речь, 2007; 46-49.
5. Сарнадский В.Н., Михайловский М.В., Садовая Т.Н., Орлова Т.Н., Кузнецов С.Б. Распространенность структурального сколиоза среди школьников Новосибирска по данным компьютерной топографии. Бюллетень сибирской медицины. 2017; 16: 80-91.
6. Цыбикжапова М.В. Нарушения осанки у детей в современной школе. Вопросы современной педиатрии. 2006; 5, 1: 628-629.
7. Altaf F., Gibson A., Dannawi Z., Noordeen H. Adolescent idiopathic scoliosis. BMJ. 2013; 346: 2508.
8. Canavese F., Kaelin A. Adolescent idiopathic scoliosis: Indications and efficacy of nonoperative treatment. Indian J. Orthop. 2011; 45 (1): 7-14.

УДК: 616.37-006.6 - 089 – 06.

РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Якубов Ю.К., Эгамбердиев Д. Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

В работе представлены материалы по современным методам лечения 30 больных раком головки поджелудочной железы, осложненным синдромом желтухи. 10 больным проведено комбинированное, 20 — хирургическое лечение. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения составила $20,0\% \pm 10,3$, а после хирургического лечения — 10-20%.

Ключевые слова: раковая желтуха, рак головки поджелудочной железы, панкреатодуоденальная резекция, химиотерапия, отдаленные результаты.

МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ БОШ ҚИСМИ САРАТОНИДА РАДИКАЛ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИН ЭРТА АСОРАТЛАР

Мақолада ошқозон ости беши бошчасининг саратонига чалинган, сариқлик синдроми билан асоратланган 30 нафар беморни даволанишнинг замонавий усуллари ҳақида материаллар келтирилган. 10 бемор комбинацияланган даволанишдан, 20 таси жарроҳлик даволанишдан ўтди. 5 ёшдан яшаш даражаси комбинацияланган даволанишдан кейинги $20,0\% \pm 10,3$, жарроҳлик муолажасидан кейин еса 10-20% ни ташкил этди.

Калит сўзлар: саратон сариқлиги, ошқозон ости беши бошчаси саратони, панкреатодуоденал резекция, кимёвий терапия, узоқ муддатли натижалар.

EARLY COMPLICATIONS AFTER RADICAL SURGERY FOR HEAD PART OF PANCREATIC CANCER

The paper presents materials on modern methods of treatment of 30 patients with pancreatic head cancer complicated by jaundice syndrome. 10 patients underwent combined treatment, 20 - surgical treatment. The 5-year survival rate after combined treatment was $20.0\% \pm 10.3$, and after surgical treatment - 10-20%.

Keywords: cancerous jaundice, pancreatic head cancer, pancreatoduodenal resection, chemotherapy, long-term results.

Актуальность. Рак поджелудочной железы - одна из самых смертоносных злокачественных опухолей со средним сроком выживаемости всего 6 месяцев [1,8,9]. С одной стороны, это связано с тем, что большинство видов рака поджелудочной железы имеют высокую склонность к метастазированию [5,10]. С другой стороны, рак поджелудочной железы не проявляет явных клинических признаков на ранней стадии и обычно диагностируется на поздней стадии и в большинстве случаев оказывается неоперабельным [2,4].

Наиболее часто злокачественная опухоль поражает головку поджелудочной железы. По

литературным данным, рак головки поджелудочной железы встречается в 70-75% [2-4]. Степень злокачественности рака головки поджелудочной железы чрезвычайно высока. Данное состояние развивается быстро, 5-летняя выживаемость пациентов с резектабельными опухолями составляет всего 3-5%, что приводит к серьезной угрозе жизни людей [1-4].

Неудовлетворительные результаты специального лечения данной патологии обусловлены развитием обструктивной желтухи и печеночной недостаточности, которые являются распространенным клиническим проявлением рака поджелудочной железы, особенно у больных со злокачественными опухолями головки и шейки поджелудочной железы [5,6]. Это может привести к образованию слизи, которая вызывает тошноту, рвоту, затруднение приема пищи и так далее и серьезно снижает качество жизни пациентов.

Различные исследования доказали, что только радикальное хирургическое вмешательство дает шанс на излечение пациента. Выбор тактики лечения зависит от стадии заболевания, состояния пациента, сопутствующей патологии. Стандартным хирургическим лечением при поражении головки поджелудочной железы считается панкреатодуоденальная резекция (ПДР) или гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). При ограниченных стадиях опухолевого процесса используют комбинацию хирургического лечения с последующим химиотерапевтическим (адьювантным) лечением [7].

Турли тадқиқотлар шуни исботладики, фақат радикал операция беморни даволаш имкониятини беради. Даволаш тактикасини танлаш касалликнинг босқичига, беморнинг аҳволига ва биргаликда патологияга боғлиқ. Панкреатодуоденал резекция (ПДР) ёки гастропанкреатодуоденал резекция (ГПДР) ошқозон ости беги бошидаги шикастланишлар учун standart жарроҳлик даволаш ҳисобланади. Шиш жараёнининг чекланган босқичларида жарроҳлик муолажадан сўнг химиотерапевтик (ёрдамчи) даволаниш қўлланилади [7].

Прогресс в хирургической технике и методах операции значительно снижает частоту периоперационных осложнений и летальность при поражении головки поджелудочной железы. Однако общее время выживания не улучшается. Поэтому совершенствование этапности хирургической тактики, до- и послеоперационного ведения больных с опухолевыми поражениями головки поджелудочной железы до сегодняшнего дня являются остроактуальными.

Цель исследования: анализировать возможности хирургического и комбинированного методов лечения больных раком головки поджелудочной железы.

Материал и методы. С 2019 по 2021 г. под нашим наблюдением находились 30 больных по поводу рака головки поджелудочной железы, которым проведено хирургическое и комбинированное лечение. Из общего числа пациентов 13 (43,3%) мужчин и 17 (56,6%) женщин в возрасте от 20 до 70 лет (медиана 54 года).

Для определения объема операции и анализа результатов лечения больных раком головки поджелудочной железы придерживались TNM классификации Международного противоракового Союза от 2010 г (Стадирование рака TNM, 8 издание, 2017 г.).

Распределение больных по стадиям TNM представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение больных раком головки поджелудочной железы по стадиям TNM

Стадия заболевания	Количество больных
I T2N0M0	10
II T3N0M0 T2N1M0 T3N1M0 T3N2M0	10 2 3 3
III T4N1M0	2
Всего	30

Как видно из таблицы, рак головки поджелудочной железы в I стадии установлен у 10, II стадии – у 18, III стадии – у 2 пациентов.

16 (53,3%) пациентов оперировано с предварительным желчеотведением, из них на фоне желтухи – 5 (16,6%) больных. Без предварительного желчеотведения – 6 (20%), из

них на фоне желтухи – 3 (10%) больных. 19 (63,3%) пациентов оперированы в объеме стандартной гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР), расширенной ГПДР – 8 (26,6%), превратниксохраняющей ПДР (ППДР) – 3 (10%) пациентов. Время операции составило от 3,5 до 6 часов с объемом интраоперационной кровопотери от 100 мл до 500 мл.

Гистологическая структура опухолей была следующая: аденокарцинома низкодифференцированная – выявлена у 10 (33,3%) больных, умереннодифференцированная – у 9 (30%), высокодифференцированная – у 2 (6,6%), папиллярная аденокарцинома – у 3 (10%) и веретенчатая карцинома – у 6 (20%) пациентов.

Комбинированное лечение с послеоперационной химиотерапией проведено 10 (33,3%) больным.

Результаты и обсуждение. Объем оперативного вмешательства определяли по распространенности опухолевого процесса, возрастом больного, тяжестью сопутствующей патологии, степенью печеночно-почечной недостаточности. К ранним послеоперационным осложнениям и летальности отнесены случаи осложнений и летальности, которые возникли в течение первых 30 суток после операции. Так, в послеоперационном периоде осложнения диагностированы в 10 (33,3%) случаях (табл. 2).

Таблица 2

Послеоперационные осложнения

Причины	количество больных
Несостоятельность билиодигестивного анастомоза	4
несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза	2
мезентериальный тромбоз	1
эрозивное кровотечение из желудка, нагноение послеоперационной раны	1
Всего	9

Как видно из таблицы 2, из 9 случаев послеоперационных осложнений в большинстве своем в 13,2% случаев наблюдалась несостоятельность билиодигестивного анастомоза, в 10% – нагноение послеоперационной раны, в 6,6% – явления панкреатодигестивного анастомоза, по 3,3% случаев мезентериального тромбоза и аррозивного кровотечения из желудка.

Летальность в послеоперационном периоде составила 6,6% (2 пациента). Причинами летальных исходов стали: в одном случае кровотечение, в другом – мезентериальный тромбоз.

Одно- и трехлетняя выживаемость у больных после ГПДР и ПДР составила соответственно 70% и 40% при условии комбинированного лечения с адьювантной химиотерапией. Пятилетняя выживаемость составила 20%±10,3.

Данные литературы на сегодняшний день приводят показатели резектабельности при раке головки поджелудочной железы в пределах 5-30%, но в большинстве сообщений – в 10-20% [53, 85, 153, 174, 178]. При выполнении расширенных операций резектабельность близка к 30% [86]. У подавляющего большинства больных в сроки от 6 месяцев после операции стандартной ГПДР имеет место локорегиональный рецидив заболевания, метастазы в печень, диссеминация опухоли по брюшине.

Таким образом, хирургическое лечение рака головки поджелудочной железы в настоящее время характеризуется низкой резектабельностью, приемлемыми ближайшими и неудовлетворительными отдаленными результатами. Попытка улучшить отдаленные результаты осуществляется в двух направлениях. Первое - увеличение объема операции; второе - применение комбинированного лечения. При этом пятилетняя выживаемость составляет в среднем 15-26% [3,10]. Однако с увеличением объема оперативной резекции частота периоперационных осложнений и летальность зачастую возрастает. Поэтому в большинстве исследований признается, что лечение больных резектабельным раком головки поджелудочной железы должно быть исключительно комбинированным [1-4].

Обоснованием комбинированного лечения больных резектабельным раком поджелудочной железы с адьювантной химиотерапией являются с одной стороны, биологические особенности метастазирования, относящих рак головки поджелудочной железы к первично-генерализованному заболеванию; с другой стороны, отдаленные метастазы – наиболее характерное проявление

прогрессирования заболевания и причина смерти вне зависимости от проведенного лечения и частоты локорегионарного рецидива. Главной составляющей комбинированного лечения является резекция поджелудочной железы, а в послеоперационном периоде должна проводиться адъювантная многокурсовая химиотерапия.

К сожалению, и многокурсовая адъювантная химиотерапия не избавляет больного раком головки поджелудочной железы от неизбежной генерализации заболевания. Однако она позволяет увеличить безрецидивный период, достоверно увеличивает продолжительность жизни больного. В нашем случае одно- и трехлетняя выживаемость у больных после ГПДР и ПДР составила соответственно 70% и 40% при условии комбинированного лечения с адъювантной химиотерапией.

Выводы.

1. Хирургическое лечение больных раком головки поджелудочной железы в объеме ГПДР и ПДР может проводиться с приемлемыми показателями послеоперационной летальности.

2. При комбинированном лечении с адъювантной химиотерапией показатели выживаемости выше, чем при хирургическом лечении.

Литература.

1. Дронов А.И., Крючина Е.А., Добуш Р.Д. Комплексное лечение рака поджелудочной железы. Украинский Журнал Хірургії. 2011; 4 (13): 20-24.
2. Покатаев И.А., Алиева С.Б., Гладков О.А., Загайнов В.Е., Кудашкин Н.Е., Патютко Ю.И., Трякин А.А. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака поджелудочной железы. Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO. 2017; 7: 367-379.
3. Ярешко В.Г., Отарашвили К.Н. Хирургическое лечение рака поджелудочной железы. KHARKIV SURGICAL SCHOOL. 2015; 4(73): 75-79.
4. Woj S.F., Hwang C.I., Baker L.A. et al. Organoid models of human and mouse ductal pancreatic cancer. Cell. 2015; 160: 324-38.
5. De La Cruz M.S., Young A.P., Ruffin M.T. Diagnosis and management of pancreatic cancer. Am. Fam. Physician. 2014; 89: 626-32.
6. Ducreux M., Cuhna A., Caramella C., Hollebecque A., Burtin P. Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2015; 26 (Supl. 5): 56-68.
7. Dumont R., Puleo F., Collignon J., Meurisse N., Chavez M., Seidel L., Gast P., Polus M., Loly C., Delvenne P. et al. A single center experience in resectable pancreatic ductal adenocarcinoma: The limitations of the surgery-first approach. Critical review of the literature and proposals for practice update. Acta Gastroenterol. Belg. 2017; 80: 451-461.
8. Ramesh H. Management of Pancreatic Cancer: Current Status and Future Directions. Indian J. Surg. 2010; 72: 285-289.
9. Viale A., Pettazzoni P., Lyssiotis C.A. et al. Oncogene ablation-resistant pancreatic cancer cells depend on mitochondrial function. Nature. 2014; 514: 628-32.
10. Whittle M.C., Izeradjene K., Rani P.G. et al. RUNX3 controls a metastatic switch in pancreatic ductal adenocarcinoma. Cell. 2015; 161: 1345-60.

УДК: 616.153-392.3.

РАСПРЕДЕЛЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕЙКОЗОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО КОНТИНГЕНТА АНДИЖАНА ПО ДАННЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ.

Андижанский Государственный медицинский институт

Тошбоев А., Салиев К.К., Салиев Д., Солиев А.К, Ахмедов Б.Х.

Возникновения и учащения частоты гемобластозов среди детей сельских районов Андижанской области, высокая частота распространения лейкозов в 4-х регионах; в г. Андижане, Асакинском, Кургантепинском, и Шахриханском районе свидетельствует о грубом нарушении экологического равновесия связанной с интенсивным применением пестицидов.

Ключевые слова: Факторы риска, лейкоз, детский контингент

БОЛАЛАР КЛИНИК ШИФОХОНАСИНИНГ ГЕМАТОЛОГИЯ БЎЛИМИ МАЪЛУМОТЛАРИГА КЎРА, АНДИЖОН БОЛАЛАР КОНТИНГЕНТИ ОРАСИДА ЛЕЙКЕМИЯНИНГ ТАРҚАЛИШИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Андижон вилоятининг 4 райони Асака, Шахрихон, Қўрғонтепа ва Андижон шаҳрида болалар орасида лейкоз касаллиги тарқалиши ва қўпайишининг сабабларидан бири яқин-яқинларгача қишлоқ ҳўжалигида пестицидларни қўлланилиши ҳисобига экологик муҳитни бузилиши бўлиши мумкин.

Калит сўзлар: хавф омиллари, лейкомия, болалар контингенти

DISTRIBUTION AND RISK FACTORS OF LEUKEMIA AMONG THE CHILDREN'S CONTINGENT OF ANDIJAN ACCORDING TO THE HEMATOLOGY DEPARTMENT OF THE CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL.

And the frequency of occurrence frequency hemoblastoses among children in rural areas of Andijan region, the high prevalence of leukemia in 4 regions in Andijan, Asaka, Kurgantepinsk and Shakhrikhan area indicates gross violation of ecological balance associated with the intensive use of pesticides.

Keywords: risk factors, leukemia, children's contingent.

Введение. Одной из актуальных проблем современной медицины является злокачественные новообразований у детей среди которых лейкозы занимает около 32% [3]. По данным других авторов заболеваемость лейкозами имеет тенденцию к росту и с этим заболеванием связана в настоящее время существенная доля смертности детей старшего возраста [2, 3, 6]. Для анализа деятельности онкологической службы оценки уровня и дальнейшего планирования противоопухолевой борьбы необходимо знать состояния и причины роста заболеваемости, распространенности и смертности от лейкозов конкретного региона или области. Такие данные имеют существенное значение для текущего и перспективного планирования деятельности онкологической службы обследуемого региона в чем и заключается значимость данного исследования [3, 5, 7].

Изучит динамики распространенности лейкозов среди детского контингента населения Андижанской области в экологически неблагоприятных условиях связанной с применением пестицидов в недалеком прошлом в советское время.

Материалы и методы. Информационной основой материала служили; карты амбулаторных больных, журналы регистрации, истории болезни больных с установленным клиническим диагнозом на основании клинических, лабораторных, морфологических и цитохимических данных. В гематологическое отделение многопрофильной областной детской клинической больницы г. Андижана за 2003-2010 гг. находились в лечение 145 больных острыми и хроническими лейкозами в возрасте от 0 до 15 лет. Из них мальчики 84 (57,9%) и девочки 61 (42,1%). Полученные результаты показали что частота лейкозов среди мальчиков выше, чем среди девочек, что соответствует с данным других исследователей [5, 8].

Результаты и обсуждения. Динамика наблюдение распространенности гемобластозами – лейкозами среди детского контингенте населения Андижанской области представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Распространенности гемобластозы лейкозы среди детского населения Андижанской области в зависимости групп и территориальных особенности за 2003 – 2010 гг.

	Местность	Наблюдения по годам								За 8 лет	
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	абс число	в % -х
1	г.Андижан	-	4	7	4	-	5	1	5	26	17,9
2	Андижанский р-н	-	1	2	4	1	1	-	3	12	8,3
3	Алтинкулский р-н	-	1	3	3	-	2	-	-	9	6,2
4	Асакинский р-н	-	4	1	2	2	1	1	4	15	10,3
5	Баликчинский р-н	-	2	1	1	-	3	-	1	8	5,5
6	Бузский р-н	-	-	1	1	-	-	-	1	3	2,1
7	Булакбашинский р-н	-	1	3	1	1	2	1	-	9	6,2
8	Жалалкудукский р-н	1	1	4	1	-	1	-	-	8	5,5
9	Избасганский р-н	1	3	2	-	-	-	-	1	6	4,1
10	Кургантепинский	-	2	3	3	1	1	-	4	14	9,7
11	Мархаматский р-н	-	3	-	2	-	-	1	2	8	5,5

12	Пахтабадтский р-н	1	3	-	2	-	1	-	-	7	4,8
13	Улугнарский р-н	-	-	1	1	-	-	-	-	2	1,4
14	Хужабадский р-н	-	-	1	1	1	-	-	1	4	2,8
15	Шахриханский р-н	1	2	2	4	1	1	1	2	14	9,7
	Всего	3	27	31	30	7	18	5	24	145	100

Среди 145 детей больных лейкозами преобладающей формой на протяжении всего периода обследованные был острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) 120 (82,7%), далее острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) 17 (11,7%), хронический миелолейкоз (ХМЛ) 6 (4,1%) и хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) 2 (1,4%), что совпадает с данными ряда авторов [3, 7].

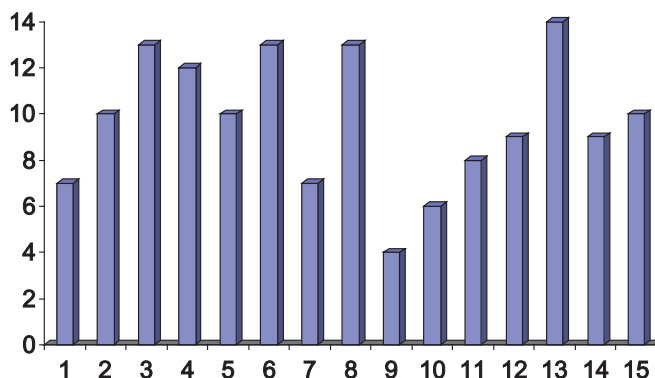
Из таблицы видно, что в зависимости от территориального особенностей показатели распространенности лейкозов неравномерный. Сравнительно высокая частота распространенности лейкозов среди детей отмечается в г. Андижане 26 (17,9%) больных, Асакинском районе 15 (10,3%), Кургантепинском 14 (9,7%), Шахрихане 14 (9,7%) и в Андижанском районе 12 (8,3%). Последующие место по частоте распространенности занимают Альтинкулский район 9 (6,2%), Баликчи 8 (5,5%), Жалалкудук 8 (5,5%), Пахтабад 7 (4,2%), Избаскан 6 (4,1%), Хаджабад 4 (2,8%), Буз 3 (2,1%) и Улугнар 2 (1,4%).

Частота распространенности лейкозов в зависимости от место жительства больных показал что из 15 регионов в 5 отмечено высокая распространенность и в совокупности составляет 77 (53,1%) больных. В остальных 10 регионах 68 (46,9%) больных т.е. средний показатель распространенности равен 15,4 (10,6 %) и 6,8 (4,7%) соответственно что в 2,3 раза больше заболевших отдельных регионах. Данный факт в 5-ти районах области с высоким риском развития лейкоза у детей свидетельствует о грубом нарушении экологического равновесия. Высота подъема пика совпадает на 2004, 2005, 2006 г. 27 (18,6%), 31 (21,4%), 30 (20,7%) соответственно, и на 2010 г. 24 (16,6%) больных. В вместе взятых за 4 года 112 (77,2%), а за другие 4-года; 2003 г. 3 (2,1%), 2007 г. 7 (4,9%), 2008 г 18 (12,4%) и 2009 г. 6 (4,2) вместе взятых составляет всего лишь 33 (22,8%) больных т.е. на 3,4 раза ниже частоты заболеваемости по сравнению с предыдущими показателями. Этот факт пока нам не удается возможным объяснить, именно что за фактор, или факторы влияет на частоту учащения заболеваемости гемобластозами, поскольку это происходит то через год, то подряд 2 года (2009, 2010гг) или подряд в течение 3 года (2004, 2005, 2006гг). Здесь следует отметить существуют какие-то скрытые экофакторы действующие по типу волна напоминающие фаза активация сменяющиеся с фазой инактивацией.

Возрастная особенность частоты лейкозов относительно равномерный, хотя заметно учащения в возрастных группах 3, 6, 8 и 13 лет по сравнению с остальными возрастными группами что в среднем составляет 8, 4 больных за год (гистограмма 1).

Гистограмма 1

Распределения лейкозов по возрасту
частота



Карачунский А.И. с соавт (1998) в своих многочисленных исследованиях выявили, что 75% заболевших острыми лейкозами (ОЛ) проживали в экологически неблагоприятных районах. Гемобластозы у детей возникали при наличии профессиональных вредностей у родителей в

25% и отягощенной по онкологической патологии наследственности в 22,5% случаев [4].

По инициативе международного агентства по изучению рака было проведено экспериментальное изучение бластомогенной активности хлорорганического пестицида (ХОП), 4,4 – дихлордифенилдиэтилэтана (ДДТ), где авторы пришли к выводу, что ДДТ и его основной метаболит ДДЕ следует рассматривать как канцероген, который при трансплацентарной передаче могут вызывать лейкозы у детей. Экспериментальными и клиническими исследованиями установлено, что пестициды способны проникать через плаценту в плод и оказывать на него эмбриотоксическое, мутагенное и тератогенное действие [5, 11]. Пестициды обнаруживаются во всех органах человека с наибольшей концентрацией в костном мозге, жировой ткани, лимфатических узлах в селезенке [8, 11]. В зависимости от масштаба загрязнения окружающей среды пестицидами может быть точечным (локальным), хроническим (региональным) и глобальным [10].

Возникновение лейкозов является неслучайным процессом, а закономерным итогом суммации неблагоприятных факторов, складывающихся из факторов окружающей среды, наследственности, контакта родителей с канцерогенными и другими факторами [9, 11].

В популяционном исследовании среди неорганизованного населения сельских районов Андижанской области на содержание в их крови обнаружено наличие хлорорганических пестицидов (ХОП) (λ -ГХЦГ, γ -ГХЦГ, ДДТ и ДДЕ) в разных концентрациях и 100% носительство, что свидетельствует о несомненном контакте с различными ядохимикатами. Средние концентрации λ -ГХЦГ и γ -ГХЦГ сравнительно выше у женщин $0,010 \pm 0,007$ мкг/мл по сравнению с мужчинами $0,008 \pm 0,001$ мкг/мл. И наоборот показатели ДДГ и ДДТ сравнительно выше у мужчин $0,022 \pm 0,002$ мкг/мл, по сравнению с показателями у женщин $0,020 \pm 0,002$ мкг/мл (1).

Таким образом на основании литературных данных и результаты полученные нами исследовании в этиологии возникновения всех опухолевых заболеваний, в том числе лейкозов лежат клональность: каждый опухолевый рост, каждый гемобластоз, каждый лейкоз, каждая гемосаркома всей массой клеток обязаны мутации в их родоначальной одной клетке. Роль ионизирующие радиации и химические мутагены, прежде всего токсические ядохимикаты пестициды в том числе ХОП становится очевидным. Возникновения и учащения частоты гемобластозов среди детей, особенно сельских районов Андижанской области, высокая частота распространения лейкозов в 4-х регионах; в г. Андижане 26(17,9%) больных, в Асакинском районе 15(10,3%) Кургантепе 14(9,7%), в Шахриханском районе 14(9,7%) по сравнению с 10 другими регионами свидетельствует о грубом нарушении экологического равновесия связанной с интенсивным применением пестицидов в недалеком прошлом в советское время.

Литература.

1. Ахмедов Б.Х. Состояние эритропоэза у жителей сельских районов Андижанской области в условиях применения пестицидов. Диссертация на соискание учен. степ. к.м.н. 2002 г.
2. Бондарь И.В. Злокачественных новообразований у детей, заболеваемость, продолжительность жизни. Российский онколог. журнал. 2001 №1 с.43-44
3. Двойрин В.В., Аксель Е.М., Дурнов Л.А. Статистика злокачественных ново-образований детей в России. Вопросы онкологии – 1997 т.43 № 4. с. 371-381
4. Заридзе Д.Г. Эпидемиология детских лейкозов. Арх. патологии 1997 №5 с.65-70
5. Кобец Т.В., Басалыго Г.А. Этиология и эпидемиология злокачественных опухолей у детей С.П. 2001 с. 159-70
6. Карачунский А.И., Беликова Л.Ю., Штакельберг А. Лечение рецидивов острого лимфобластного лейкоза у детей: основные итоги в группе ВФМ и анализ собственного 7 летнего опыта. Гематол и трансфуз 1998г. №6 с. 8-13
7. Махмудова М.А. Диагностика и распространенность хронического лимфолейкоза в Узбекистане. Пробл гематол и перелив крови 2004г. №2 с. 47
8. Николаев А.И. Чайковский Г.Н. с соавт Пестициды и иммунитет. Медицина Уз ССР 1988 с. 117
9. Омарова К.О. Эпидемиологические особенности острых лейкозов у детей в Казахстане. г.Алматы 2005г.
10. Юданова Л.А. Пестициды в окружающей среде. Аналитический обзор АН. СССР СОГПНТБ. Новосибирск 1989 с. 130
11. McKinney P.A., Juszcak E. et al. Pre and perinatal risk factor for childhood leukemia and other malignancies: a Scjttich case control study Br. J. Cancer 1999. vol. 80 №11. P. 1844-1851

ЗАБОЛЕВАНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Рустамова М.Т., Нормурадов Ж., Хайруллаева С. С., Хайдаров Х.
Ташкентской медицинской академии

Изучалась терапевтическая эффективность препарата дусконал ретард (мебеверина гидрохлорид) у 50 больных с билиарной патологией. Показано, что включение в комплексную терапию дусконал ретард у больных хроническим некалькулезным холециститом и дисфункцией сфинктера Одди оказывает выраженный терапевтический эффект. При этом наряду с положительной динамикой клинических симптомов, значительно улучшаются показатели функционального состояния желчного пузыря, сфинктера Одди и общее состояние пациентов.

Ключевые слов: билиарная патология, холецистит, дусконал ретард.

БИЛИАР ТРАКТ КАСАЛЛИКЛАРИ: ПРОФИЛАКТИКА ВА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

Билиар патологияси бор 50 та беморда дусконал ретард (мебеверин гидрохлорид) препаратининг терапевтик эффективлиги ўрганилди. Сурункали тошсиз холециститли ва Одди сфинктери дисфункцияси бор беморлар комплекс давосига дусконал ретард қўшилганда даволаш натижалари ишонarli яхшиланиши кўрсатилган. Шу билан бирга, клиник белгилар динамикаси, ўт қопи ва Одди сфинктери функционал холати ҳамда беморлар умумий холати сезирarli яхшилангани кўрсатиб берилган.

Калитли сўзлар: билиар патология, холецистит, дусконал ретард.

DISEASES OF THE BILIARY TRACT: MODERN APPROACHES TO PREVENTION AND TREATMENT

The therapeutic efficacy of the drug duskonal retard (mebeverine hydrochloride) was studied in 50 patients with biliary pathology. It has been shown that the inclusion of duskonal retard in complex therapy in patients with chronic non-calculus cholecystitis and Oddi's sphincter dysfunction has a pronounced therapeutic effect. At the same time, along with the positive dynamics of clinical symptoms, the indicators of the functional state of the gallbladder, the Oddi's sphincter and the general condition of patients significantly improve.

Keywords: biliary pathology, cholecystitis, duskonal retard.

Актуальность проблемы. Билиарная патология занимает одно из центральных мест в современной гастроэнтерологии. Это обусловлено широким распространением как функциональных, так и органических заболеваний желчного пузыря (ЖП) и желчных путей [2,3,4]. В развитых странах число больных патологией билиарного тракта, в частности, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) составляет 10-40% взрослого населения и каждое десятилетие этот показатель увеличивается вдвое. В связи с устойчивой тенденцией роста ЖКБ увеличивается и число операций по поводу холелитиаза. По данным министерства здравоохранения нашей республики, за последние пять лет отмечена тенденция к увеличению числа больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных путей, в том числе, холециститами и ЖКБ, особенно среди подростков и лиц трудоспособного возраста. Как известно, терапия патологии билиарного тракта включает широкий спектр препаратов различных фармакологических групп, нормализующих биохимический состав желчи, восстанавливающих моторную функцию желчного пузыря и тонус сфинктера Одди [1,3,5,6]. Среди спазмолитических препаратов, используемых для купирования спазма сфинктера Одди и восстановления моторно-эвакуаторной функции билиарной системы и кишечника, нарушение последней занимает особое место среди причин камнеобразования, лидирующее место принадлежит мебеверину. Так, использование мебеверина в составе комплексной терапии у пациентов с хроническим бескаменным холециститом, первичными и вторичными функциональными расстройствами билиарного тракта приводило к быстрому купированию болевого, диспептического синдромов и коррекции нарушений полостного пищеварения [3,4]. Мебеверин непосредственно расслабляет гладкие мышцы, в основном желудочно-кишечного тракта. Препарат оказывает не только антиспастическое, но и нормализующее действие на моторику, не подавляя полностью мышечные сокращения после гипермоторики, т.е. не вызывает рефлекторной гипотонии. Мебеверин снимает спазмы, не допуская гипотонию гладких мышц кишечника и СФО, что является существенным преимуществом препарата и позволяет применять его широко у больных билиарной патологией. Эффект после приема мебеверина возникает быстро (через 20–30 мин) и продолжается в пределах 12 часов, что делает возможным его прием 2 раза в сутки в виде капсул по 200 мг (продолжительная форма), что тоже является его преимуществом по сравнению с другими спазмолитиками. Дусконал ретард содержит 200 мг мебеверина гидрохлорид и является селективным миотропным

спазмолитиком. Пролонгированное действие обеспечивается микрогранулированной формой выпуска, благодаря которой препарат равномерно распределяется и всасывается в кишечнике.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность терапии препарата Дусконал ретард (мебеверина гидрохлорид) в комплексе лечения билиарной патологии.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 50 больных с хроническим бескаменным холециститом. Средний возраст больных составил 42,8±4,6 лет. Среди обследованных было 38 женщин и 12 мужчин. Основная группа представлена 30 пациентами, в комплексе лечения которых использовали Дусконал ретард 2 раза в сутки, утром и вечером за 20 минут до еды, в течение 10 дней, а также полиферментную терапию. В группе сравнения (20 пациентов) терапия включала спазмолитик папаверин, полиферментную терапию в стандартных дозировках. Все больные проходили стационарное обследование и лечение в отделении гепатобилиарной патологии 1-клиники Ташкентской медицинской академии. У всех больных в динамике проводилось исследование следующих показателей: выраженность клинических проявлений болевого и диспепсического синдромов путем наблюдения с использованием балльного шкалирования при значениях: 0 – отсутствие симптома, 5 – максимальная его выраженность; общий анализ крови и кала; биохимические – аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, билирубин и его фракции; общий холестерин; электрокардиография; ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех обследованных пациентов в клинической картине превалировал болевой синдром, в основной группе средний балл составил 3,5±0,5 и в группе сравнения – 3,2±0,7 по визуальной аналоговой шкале. Среди диспепсических проявлений преобладали вздутие живота и послабление стула, и средний балл по шкале составил 2,5±0,4 и 2,0±0,2 соответственно в основной группе; 2,3±0,3 и 1,9±0,2 соответственно в группе сравнения. Чувство горечи во рту и тошнота в обеих группах была незначительной (средние баллы по шкале были 1,1±0,2 и 1,0±0,2 соответственно в обеих группах). Все больные отмечали снижение аппетита, ухудшение общего самочувствия (рис.1). На фоне проводимой терапии с использованием Дусконал ретард у больных основной группы статистически достоверная положительная динамика в отношении болевого синдрома отмечалась к 6-му дню терапии и всех показателей диспепсического синдрома - к 10-му дню лечения.

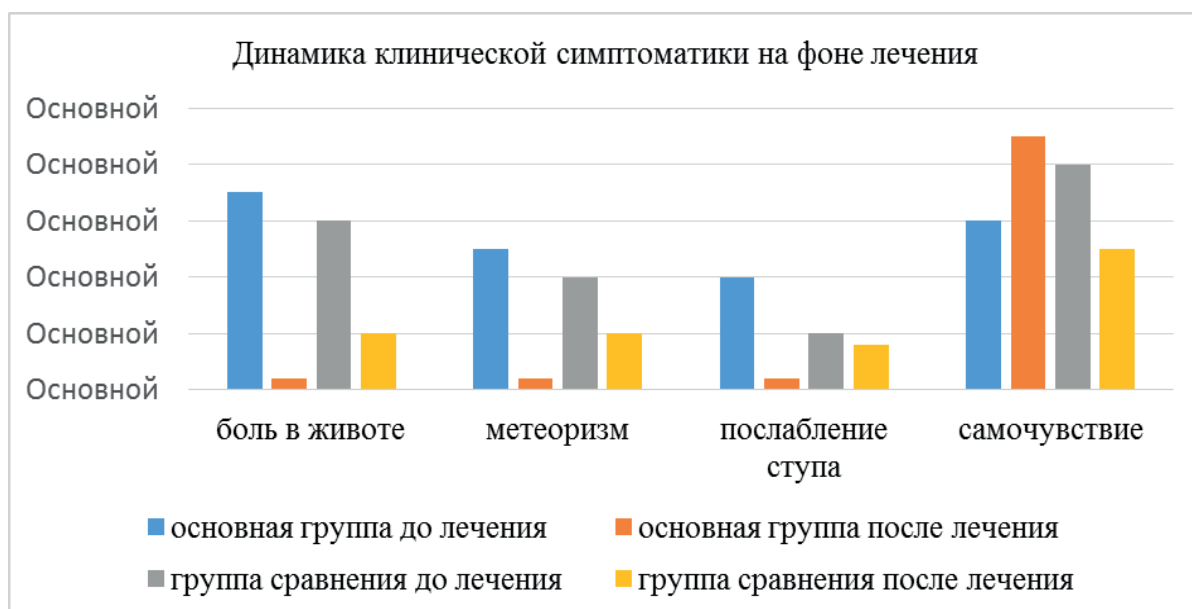


Рис. 1. Различия с группой сравнения статистически значимы $p < 0,05$

В группе сравнения у всех пациентов значительное уменьшение болевого синдрома отмечена к 9-му дню лечения и полное купирование болей достигнуто к 10-му дню терапии. Диспепсические проявления, такие как тошнота, метеоризм и послабление стула, у 15 из 20 пациентов в группе сравнения были купированы к 10-му дню лечения и у 5 пациентов метеоризм полностью не был купирован.

Состояние моторики билиарной системы в динамике лечения

Состояние моторики ж/п	Основная группа n =30		Группа сравнения n =20	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Гипокинезия	29 (96,7%)	0*	19 (95,0%)	5 (26,4%)
Гиперкинезия	1 (3,3%)	0*	1 (5,0%)	1 (100,0%)
Нормокинезия		30 (100%)		14 (73,6%)
Спазм сфинктера Одди	20 (100%)	0*	13 (100%)	5 (38,5%)

Различия с группой сравнения статистически значимы $p < 0,05$

Результаты изучения состояния моторики билиарной системы до и после лечения, по данным УЗИ у обследованных больных показал, что положительный эффект в отношении нормализации моторики желчного пузыря и желчных путей отмечен у 100% пациентов основной группы и у 73,6% больных в группе сравнения (табл.1). Полученные результаты позволяют рекомендовать Дусконал ретард (мебеверина гидрохлорид) в качестве препарата первого выбора для лечения больных с функциональными расстройствами сфинктера Одди и патологией желчного пузыря, сопровождающихся болевым и диспепсическим синдромом. Препарат может использоваться как в монотерапии, так и в сочетании с антибиотиками и ферментными препаратами. Безопасность и удобство применения являются основанием для широкого назначения препарата в амбулаторных условиях.

Выводы.

1. Установлена высокая клиническая эффективность терапии Дусконал ретард в комплексе лечения хронического некалькулезного холецистита путем купирования болевого и диспепсического синдромов.

2. В динамике лечения отмечена нормализация моторики желчного пузыря и желчных путей и купирование спазма сфинктера Одди.

Литература.

1. Гринвич В.Б., Сас Е.И., Кравчук Ю.А. Функциональное расстройство сфинктера Одди и стеатоз поджелудочной железы //Гастроэнтерология. -2011.-№1,-С.92-97.
2. Дряпкина О.М. Желчекаменная болезнь и ожирение: вопросы и ответы // Эффективная фармакология. -2011.- №5.
3. Ильченко А.А. Болезни ЖП и желчных путей. Рук-во для врачей. Изд. 2-е, переработ. и доп. М.: Медицинское информационное агентство, 2011.
4. Лоранская И.Д., Вишневская В.В., Малахова Е.В. Билиарные дисфункции – принципы диагностики и лечения. Клинич. персп. гастроэнтерол. и гепатол. -2007.-№ 3: 13–5.
5. Маев И.В., Самсонов А.А., Ульянкина Е.В. и др. Оценка эффективности Дюспаталина в комплексной терапии хронического бескаменного холецистита и дисфункции желчевыводящих путей. Врач. 2007; 5: 5–8.
6. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. Gastroenterology 2006; 130 (5): 1377–90.

УДК:616.37-002:613.84

ИЧАК ДИСБИОЗИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ БОСҚИЧИДА СИНБИОТИК БИЛАН МАГНИТОТЕРАПИЯ КОМПЛЕКСИНИНГ ҚҰЛЛАНИЛИШ ТАЪСИРИНИ ҮРГАНИШ

Қодирова С.Р., Хамрабаева Ф.И.

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази

Тадқиқот мақсади: ичак дисбиозини билан оғриган беморларни реабилитация қилишда магнитотерапиянинг Ganoderma Lucidum экстракти билан биргаликда қўлланилишини ўрганиш ва илмий асослаш.

Тадқиқот усуллари. Йўғон ичак дисбиозини билан оғриган 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган 90 нафар бемор, жумладан 63 нафар аёл ва 27 нафар эркак.

Даволаш усуллари. Тадқиқот мақсадларига мувофиқ, барча беморлар асосий клиник ва физиологик хусусиятлари бўйича таққосланадиган гуруҳларга бўлинган. Биринчи гуруҳ беморлари (30 киши) “Олимп-1” аппарати ёрдамида магнитотерапия муолажасидан ўтди. Таъсирни 4 жуфт индуктор - соленоидлар йўғон ичак органларининг проекцион майдонига ўтказди; Таъсир қилиш параметрлари: интенсивлиги - 30% -

100%, частотаси 10 Гц, магнит индукция қиймати - 5 мТ. Жараён ҳар куни 15-20 дақиқа давомида амалга оширилади. Даволаш курси-10-12 муолажа. Иккинчи гуруҳ беморлари (30 киши) комплекс даволашдан ўтдилар: юқоридаги усул бўйича МТ, шунингдек Ganoderma Lucidum экстрактидан ташкил топган синбиотик - кунига 1 капсуладан 2 маҳал овқат вақтида 21 кун давомида қабул қилинди.

Учинчи таққослаш гуруҳида (30 та бемор), “Олимп-1” аппарати (плацебо) дан МТ таъсири тақлил қилинган. Даволаш курси 10-12 муолажадан иборат эди. Ganoderma Lucidum экстракти юқоридаги схема бўйича даволаш комплексига киритилган.

Ўтказилган тадқиқотлар натижалари Ganoderma Lucidum экстракти таркибидаги МТ ва Ganoderma Lucidum экстрактини комплекс даволашининг патогенетик жиҳатдан асосли ва ИД билан оғриган беморларни даволашда самарали деб ҳисоблашга асос беради, бу эса ўрганилган беморлар контингентига дори-дармонсиз терапия воситаларининг арсеналини кенгайтиради ва реабилитация чора-тадбирларнинг самарадорлигини оширади.

Калит сўзлар: Йўғон ичак дисбиози, магнитотерапия, даволаш курси, реабилитация чора-тадбирлари, Ganoderma Lucidum экстракти.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ С СИНБИОТИКОМ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИСБИОЗОМ КИШЕЧНИКА.

Цель исследования: изучить и научно обосновать использование магнитотерапии в сочетании с синбиотиками в реабилитационном лечении пациентов с дисбактериозом кишечника.

Методы исследования. Обследованы 90 пациентов с дисбактериозом толстой кишки, 63 женщины и 27 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет. В соответствии с задачами исследования все пациенты были разделены на группы, сопоставимые по основным клинико-физиологическим характеристикам. Пациентам первой группы (30 человек) проводилась магнитотерапия (МТ) на аппарате «Олимп-1».

Воздействие осуществлялось 4 парами индукторов - соленоидов на область проекции органов толстой кишки; Параметры воздействия: интенсивность - 30% - 100%, частота 10 Гц, величина магнитной индукции - 5 мТл. Процедуры проводились ежедневно по 15-20 минут. Курс лечения - 10-12 процедур. Пациентам второй группы (30 человек) проводилось комплексное лечение: МТ по указанной выше методике, а также синбиотик в составе экстракта Ganoderma Lucidum - по 1 капсуле 2 раза в день во время еды в течение 21 дня.

В третьей группе сравнения (30 пациентов) имитировали действие МТ от аппарата «Олимп-1» (плацебо). Курс лечения составлял 10-12 процедур. Экстракт Ganoderma Lucidum был включен в лечебный комплекс по указанной выше схеме.

Результаты проведенных исследований дают основание рассматривать комплексное лечение МТ и синбиотиков в составе экстракта Ganoderma Lucidum как патогенетически обоснованное и эффективное в лечении больных ДК, что расширяет арсенал средств немедикаментозной терапии на различных этапах лечебно-восстановительных мероприятий в исследуемом контингенте пациентов.

Ключевые слова: Дисбиоз толстого кишечника, лечебные курсы, меры реабилитации, магнитотерапия, экстракт Ganoderma Lucidum.

STUDY OF APPLICATION OF MAGNETOTHERAPY IN COMPLEX WITH SYMBIOTIC IN RESTORING TREATMENT OF PATIENTS WITH INTESTINAL DYSBIOSIS.

Purpose of the study: to study and scientifically substantiate the use of magnetotherapy in combination with synbiotics in the rehabilitation treatment of patients with intestinal dysbiosis.

Research methods: 90 patients with colonic dysbiosis, 63 women and 27 men, aged 18-65 years, were studied.

Treatment methods. In accordance with the objectives of the study, all patients were divided into groups comparable in terms of the main clinical and physiological characteristics. Patients of the first group (30 patients) were treated with magnetic therapy (MT) from the “Olymp-1” apparatus.

The impact was carried out by 4 pairs of inductors - solenoids on the area of projection of the organs of the large intestine; exposure parameters: intensity - 30% - 100%, frequency 10 Hz, magnetic induction value - 5 mT. The procedures were carried out daily, lasting 15-20 minutes. The course of treatment is 10-12 procedures. Patients of the second group (30 patients) underwent complex treatment: MT according to the above method, as well as a synbiotic consisting of an extract of Ganoderma Lucidum - 1 capsule 2 times a day with meals for 21 days.

In the third comparison group (30 patients), the effect of MT from the “Olymp-1” apparatus (placebo) was imitated. The course of treatment consisted of 10-12 procedures. Ganoderma Lucidum extract was included in the treatment complex according to the above scheme.

The results of the conducted studies give grounds to regard the complex treatment of MT and synbiotics, consisting of Ganoderma Lucidum extract, as pathogenetically substantiated and effective in the treatment of patients with DC, which expands the arsenal of non-drug therapy means at various stages of therapeutic and restorative measures in the studied contingent of patients.

Keywords: Colon dysbiosis, treatment courses, rehabilitation measures, magnetotherapy, Ganoderma Lucidum extract.

Замонавий тиббиётнинг асосий вазифаларига касалликларни қайта тиклаш тиббиётининг физиотерапевтик ва биокорректив технологияларини ишлаб чиқиш, организмда адаптив реакцияларни таъминлайдиган тизимларнинг патологик жараёнига, шу жумладан иммун, метаболит, антитоксик, ферментатив, цитопротектив ва бошқаларни ўз ичига олади.

Патологик симптомлар мажмуасининг таркибий қисмларидан бири дисбиотик шароитларнинг ривожланиши бўлиб, у бошқа касалликлар қаторида антибиотик терапиясини кенг ва кўпинча асоссиз равишда турли касалликларда қўлланилиши билан боғлиқ. Илмий адабиётларда баъзи касалликларнинг ичак дисбиози (ИД) билан 100% комбинациясини кўрсатувчи маълумотлар мавжуд [1]. Бу ўзаро оғирлашув синдромининг шаклланишига олиб келади ва шу тариқа ушбу тоифадаги беморларни даволашни мураккаблаштиради. Гастроэнтерологик амалиётда *Ganoderma Lucidum* экстрактини (GL) қўллаш тажрибаси адабиётда кенг тарқалган [2]. Сўнги тадқиқотлар натижалари физиотерапия усулларини касалликнинг патогенезини турли босқичларида қўллаш, уларнинг дифференциал ва мақсадли таъсир қилиш имкониятларини ҳисобга олган ҳолда, тананинг адаптив ва заҳира қобилиятини ошириб, ножўя ва аллергик реакциялар ривожланишининг хавфини минималлаштиришдир. [3].

Гастроэнтерологик амалиётда физиотерапиянинг турли усуллари муваффақиятли қўлланилмоқда. Шу билан бирга, ичак касалликларини даволашда магнитотерапиядан фойдаланиш тажрибаси чекланган [4]. Ичак дисбиози билан оғриган беморларда магнитли терапияни (МТ) қўллашнинг назарий шарти олдинги тадқиқотлар маълумотлари бўлиб, унинг организмни тартибга солиш тизимларининг ҳолатига фойдали таъсирини, адаптив реакцияларнинг кучайишини, турли тоифадаги патологиялар билан беморларда минтақавий гемодинамиканинг яхшиланишини кўрсатади ва [2] бу тоифадаги беморларни даволашда муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади: ичак дисбиози билан оғриган беморларни реабилитация қилишда магнитотерапияни *Ganoderma Lucidum* экстракти билан биргаликда қўлланишини ўрганиш ва илмий асослаш.

Тадқиқот усуллари: йўғон ичак дисбиози билан оғриган 18-65 ёшли 90 нафар бемор, шу жумладан 63 нафар аёл ва 27 нафар эркак.

Умумий клиник тадқиқотлар билан бир қаторда ичак дисбиозининг лаборатор диагностикаси Р.В. Эшптейнитвак ва Ф.Л. Вилыпанская ишлаб чиққан усулни қўллаган ҳолда (1970), “Олимпус” фирмасининг аппарати ёрдамида йўғон ичакни эндоскопик текшириш, йўғон ичак шиллиқ қаватининг биопсиясини гистологик текшириш, хужайра ва гуморал иммунитетнинг миқдорий кўрсаткичлари тўғрисида маълумот берадиган тестлар ёрдамида иммун тизим ҳолатини баҳолаш: Т- ва В-лимфоцитлар, периферик қонда G, А, М синфидаги иммуноглобулинлар (усуллари М. Jondal ва бошқалар, 1972; I.Morettaetal., 1975; G.Mancini, 1965), шахсни ўрганиш учун кўп омилли сўровнома компьютер версияси ёрдамида психологик ҳолатни баҳолаш. Шахсни ўрганиш учун сўровнома В.П. Харе усули бўйича (1981), шахсий текшириш учун қисқартирилган кўп факторли сўровнома тести ёрдамида психосоматик ҳолатни баҳолаш (фаровонлик, фаоллик, кайфият). Олинган маълумотлар IBM ПК-даги Microsoft Excel (2007) дастурий таъминот тўплами ёрдамида Стьюдент т-мезонини ҳисоблаш билан (Фишер томонидан ўзгартирилган) вариацион статистика усуллари билан ишланган. Тегишли намуналар мавжуд бўлганда, Стьюдент фарқ тести ишлатилган. Акциялардаги фарқни баҳолаш учун (белгининг мавжудлигини фоизда ўзгартириш) муқобил Ф-тести ишлатилган. Ўртача қийматлар ўртасидаги фарқлар Р-да ишончли деб ҳисобланган.

Даволаш усуллари. Тадқиқот мақсадларига мувофиқ, барча беморлар асосий клиник ва физиологик хусусиятлари бўйича таққосланадиган гуруҳларга бўлинган. Биринчи гуруҳ беморлари (30 нафар бемор) «Олимп-1» аппарати магнитли терапияси (МТ) билан даволанган. Йўғон ичак аъзоларининг проекцияси майдонига 4 жуфт индуктор - соленоидлар таъсир кўрсатди; таъсир қилиш параметрлари: интенсивлиги - 30% - 100%, частотаси 10 Гц, магнит индукция қиймати - 5 мТ. Жараён ҳар куни 15-20 дақиқа давом этади. Даволаш курси 10-12 муолажа. Иккинчи гуруҳ беморлари (30 нафар бемор) комплекс даволашдан ўтдилар: юқоридаги усул бўйича МТ, шунингдек *Ganoderma Lucidum* экстрактдан иборат бўлган синбиотик - кунига 1 капсуладан 2 маҳал овқат вақтида 21 кун давомида қабул қилинди.

Учинчи таққослаш гуруҳида (30 нафар бемор) «Олимп-1» аппарати (плацебо) дан МТ таъсири тақлид қилинган. Даволаш курси 10-12 муолажадан иборат эди. *Ganoderma Lucidum* экстракти даволаш таркибига юқоридаги схема бўйича киритилган.

Тадқиқот натижалари. Оғриқ синдроми динамикасини баҳолаб, комплекс даволашнинг афзалликларини таъкидлаш лозим: оғриқни тўлиқ бартараф этиш 83,3% ($p < 0.05$) - 1- гуруҳларда содир бўлган. Диарея билан оғриган барча беморларда 2 ва 3 -гуруҳларда диарея камроқ учради ва 3 -гуруҳда ўзгармади. Ичак биоценози ҳолатида ҳам ижобий ўзгаришлар юз берди, бу анаэроб ва аэроб компонентларнинг таркибини сезиларли яхшиланиши билан намоён бўлди. 1 -гуруҳнинг 83% ида ($p < 0.05$) бифидобактериялар ва лактобактерияларнинг нормал қийматларгача ортиши кузатилди. Иккинчи гуруҳда нажас келиш частотасининг нормаллаштиришга ва 76,2% ҳолатда метеоризм ҳосил бўлишининг пасайишига олиб келди ($\chi^2 = 11,9$; $p = 0,031$ ва $\chi^2 = 8,1$; $p = 0,048$ ва манфий амин тести учун $\chi^2 = 9,5$; $p = 0,042$ ва $\chi^2 = 7.3$; $p = 0,053$).

Ичак дисбиози билан оғриган беморларга терапевтик таъсир қилиш мақсадида маҳаллий қўллашда, маълум даражада патологик марказда минтақавий қон айланишини яхшилаш учун реовазография натижаларига кўра катта аҳамият берилади. Минтақавий қон айланишининг динамикасини таҳлил қилиш натижасида, қорин бўшлиғи аъзоларида қон айланишининг яхшиланиши аниқланди, бу асосан томирларда қон айланишининг ортиши, қон томир тонусининг тикланиши ва томирларда ангиоспазмнинг камайиши ҳисобига содир бўлади. (1 -жадвал).

1 -жадвал

Ичак дисбиози билан оғриган беморларда кичик тос аъзоларининг реовазография (РВГ) кўрсаткичлари динамикаси

Даволаш курсидан кейин

РВГ кўрсаткичлари	1 Гуруҳ (МТ)	2 Гуруҳ (Ganoderma Lucidum экстракти)	3 Гуруҳ (МТ+ Ganoderma Lucidum экстракти)
Ri (Ом)	0,039±0,0016 0,052±0,0013*	0,041±0,0017 0,069±0,01*	0,041±0,0022 0,047±0,0023
$\alpha(c)$	0,24±0,04 0,20±0,07	0,25±0,08 0,19±0,07	0,26±0,08 0,22±0,07
$\beta(c)$	0,58±0,01 0,54±0,02	0,60±0,008 0,54±0,02*	0,61 ±0,011 0,57±0,24
T(c)	0,80±0,06 0,78±0,08	0,87±0,007 0,80±0,03*	0,88±0,06 0,84±0,08
$\alpha/T(\%)$	30,0±0,26 25,6±1,24*	28,75±0,68 23,8±1,8*	31,6±0,41 28,8±2,30
Di (%)	73,9±4,50 53,2±2,7*	72,5±1,78 52,3±1,06*	60,7±0,89 57,3±2,7

Жадвалнинг ҳар бир катакчасида юқори қаторидаги кўрсаткичлар муолажадан олдинги, пастки қаторидагиси даволашдан кейинги кўрсаткичлар акс эттирилган.

* - даволаниш жараёнида индикаторда сезиларли ўзгаришлар.

Шу билан бирга, Ganoderma Lucidum экстрактини даволаш мажмуасига киритиш қон оқимининг тезлашишига ва веноз томирларда қон айланишини яхшиланишига ёрдам берди. Беморларнинг 3 -гуруҳида реография индекслари сезиларли даражада ўзгармади. Яъни, минтақавий гемодинамикани такомиллаштиришни амалга ошириш механизмлари бироз бошқача бўлиб, 2 -гуруҳда аниқроқ бўлган.

Иммунитетнинг бузилиши ичак дисбиози патогенезида марказий ўринлардан бирини эгаллайди [4]. Шу сабабли маҳаллий таъсир учун монотерапия усули сифатида МТ таъсир механизми иммунокомпетент тизимнинг ҳолатига таъсири, шунингдек, синбиотик билан биргаликдаги самарасини ўрганишга эътибор берилди.

Иммунитет ҳолатининг динамикасини таҳлил қилиш комплекс даволашнинг афзалликларини кўрсатди. Бу T_u ва T_m нинг иммунорегуляцион Т-хужайрали субпопуляциялари балансининг тикланиши ва тимусда Т-лимфоцитларнинг аниқ фарқланиши ҳисобига улар нисбатининг яхшиланиши, шунингдек, уларнинг иммунорегуляцион индексида сезиларли даражада ортиши ($P < 0.05$) билан тавсифланди. 1-ва 3-гуруҳ беморларининг иммунологик параметрларини ўрганишда T_m -лимфоцитларнинг фақат иммунорегуляцион субпопуляциясининг тикланиши

аниқланди. Шу билан бирга, иммунорегуляцион индекс сезиларли даражада ўзгармади.

Даволаш самарадорлигини ҳар томонлама баҳолаш комплекс терапиянинг афзалликларини кўрсатди. Шундай қилиб, даволаниш курсининг охирида қуйидагича сезиларли яхшиланиш қайд этилди: 10% 1 -гуруҳда, 40% - 2 -гуруҳда; 1-36,7% беморларнинг яхшиланиши 43,3%- 2 ва 37,3% - 3 -гуруҳ. Беморларнинг 13,3 фоизи 1 -чи, 0,67% - 2 -чи ва 56,6% – 3 чи –гуруҳларда самарасиз яқунланди.

Таққослаш гуруҳига нисбатан иккита асосий гуруҳда даволаниш натижаларини тақсимлашда Пирсон мезонининг қийматлари мос равишда $\chi^2 = 10, 2$; $p = 0,038$; $\chi^2=16,2$; $p = 0,014$. Узоқ муддатли даволанишнинг натижалари шуни кўрсатдики, ижобий натижалар ўртача 1 ойда 40% да, 2-гуруҳда 66,7% да 3 ой давомида сақланиб қолган. 6 ойдан кейин 1 -чи беморларнинг 23,3% да; 2 -гуруҳнинг 46,7% да ижобий таъсир сақланиб қолди. Касалликнинг 6 ойдан кейин қайталаниши 27,6% беморда содир бўлган.

1 –чи 0,33%; 2 -чи 57,1% 3 -гуруҳлар. 12 ойдан сўнг, ижобий таъсир 1 -гуруҳ беморларининг 13,3 % ида ва 2 -гуруҳ беморларининг 85 % ида сақланиб қолди. Яллиғланиш жараёнининг 12 ойдан кейин кучайиши 1 - гуруҳ беморларнинг 46,7% ида, 2 -гуруҳда 66,7%и ва 3 -гуруҳларда 20% ида қайд этилган. Узоқ муддатли натижаларга асосланган даволашнинг юқори самарадорлиги назорат гуруҳига нисбатан иккита асосий гуруҳда Пирсон χ^2 мезонининг ишончли қийматлари билан тасдиқланган; улар 12 ойлик кузатувлар давомида узлуксиз бўлган (1 ва 2-гуруҳлар учун $\chi^2 = 23,8$; $p = 0,026$; $\chi^2 = 28,5$; $p = 0,011$).

Шундай қилиб, ўтказилган тадқиқотлар натижалари ўрганилаётган касаллик патогенезининг турли бўғинларига таъсир кўрсатишда синбиотик билан биргаликда магнитотерапиянинг бир қанча ижобий таъсирини аниқлаш имконини берди. Вазотроп таъсир магнитотерапиянинг терапевтик таъсирини амалга оширишда муҳим роль ўйнайди. Тадқиқот ўтказилганларнинг кўпчилигида кузатилган минтақавий гемодинамиканинг яхшиланиши натижаси йўғон ичақда патоген инфекциянинг камайиши бўлиб, бу маълум даражада ичакнинг функционал ҳолатини яхшиланишига ёрдам берди.

Комплекс даволаш магнитотерапиянинг оғриқсизлантириш хусусияти ва яллиғланишга қарши таъсирини кучайтиради ва ўзгартиради, иммунокорректив таъсир кўрсатади, сахаролитик микрофлоранинг ўсишига ёрдам беради, ичак микрофлорасининг динамик мувозанатини тиклайди ва ичакнинг функционал ҳолатини яхшилайдди, психо-эмоционал ҳолатга ижобий таъсир кўрсатади. Комплекс даволанишнинг терапевтик самарадорлигининг муҳим таркибий қисмларидан бири бу касалликнинг кучайиш частотасини пасайиши ва ремиссия даврининг узайиши бўлиб, у ишлаб чиқилган комплекснинг репродуктив тизим касалликларининг иккиламчи профилактикаси усули сифатида аҳамият касб этади.

Ўтказилган тадқиқотлар натижалари МТ ва *Ganoderma Lucidum* экстрактдан ташкил топган комплекс даволашнинг турли босқичларда дори-дармонсиз воситалар арсеналини кенгайтирадиган ичак дисбиози билан оғриган беморларни даволашда терапевтик ва тикловчи чоралар патогенетик асосли ва самарали деб ҳисоблашга асос бўлади.

Адабиётлар.

1. Разумов А.Н., Гусакова Е.В., Эфендиева М.Т., Молина Л.Р., Онджю Н., Дорошев Н. Возможности синбиотиков в коррекции нарушений кишечной микрофлоры в практике врачей разных специальностей.// Сб. тр. «Новые диагностические и оздоровительно-реабилитационные технологии восстановительной медицины-2005» - Москва, 2005. - С. 8-69.
2. Разумов А.Н., Эфендиева М.Т., Гусакова Е.В., Молина Л.Р., Землянская И.В., Онджю Н. Современные подходы к реабилитации больных с синдромом раздраженного кишечника с помощью функционального питания.// Симпозиум новые диагностические и оздоровительно-реабилитационные технологии восстановительной медицины. - Москва, 005.-С. 67-68.
3. Разумов А.Н., Гусакова Е.В., Эфендиева М.Т., Молина Л.Р., Онджю Н. Новые технологии медицинской реабилитации больных с функциональными нарушениями толстой кишки.// Материалы международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины, реабилитации и курортологии» Баден-Баден, 2006. - С. 41-426.
4. Гусакова Е.В., Эфендиева М.Т., Онджю Н., Молина Л.Р., Землянская И.В. Физиотерапия в комплексе с синбиотиками в лечении больных с синдромом раздраженного кишечника.// Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. Материалы 8-го Славяно-Балтийского форума «Санкт-Петербург - Гастро-2006» 2006, №1-2. - С. 41.
5. Goenka M. K., Kochhar R., Chakrabarti A., Kumar A., Gupta O., Talwar P., Mehta S. K. Candida overgrowth

- after treatment of duodenal ulcer. // Journal of Clinical Gastroenterology. - 2006. - №6. - V.23. - p. 7-10.
6. Huang Y.G., Ji J.D., Hou Q.N. A study on carcinogenesis of endogenous nitrite and nitrosamine, and prevention of cancer. // Mutation Research. - 1996. - № 9. - p. 7-14.
 7. Kocian J. Lactobacilli in the treatment of dyspepsia due to dismicrobia of various causes. // Vnitri Lekarstvi. - 2004. - №2. - V. 40. - p. 79-83.
 8. Levine J., Dykoski R. K., Janoff E. N. Candida-Associated diarrhea: a syndrome in search credibility. // Clinical Infectious Diseases. - 1995, - № 10 - p. 881-886.
 9. Riordan S.M., McIver C. J., Wakefield D., Bolin T. D., Duncombe V.M., Thomas M.C. Small Intestinal bacterial overgrowth in the symptomatic elderly. // American Journal of Gastroenterology. - 2010. - №1. - p. 47-51.
 10. Salminen S., Salminen E. Lactulose. Lactic acid bacteria, intestinal microecology and mucosal protection.// Scandinavian Journal of Gastroenterology. - 2007. - V.222. - p. 45-48.

УДК 616.33-008.821.11

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ HP-АНТИГЕНА В ПРОБАХ ФЕКАЛИЙ

Кадиров Б.Б., Ахмадалиева У.К., Салахиддинов З.С, Гафурова Л.М.

Андижанский государственный медицинский институт

В статье представлена оценка эффективности эрадикации хеликобактерной инфекции. Обследованы 48 больных с хроническими воспалительными заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ассоциированными с *H.pylori* (серологическое исследование хеликобактерного антигена в крови и иммунохроматографическое исследование проб фекалий). Пациенты в течение 10 дней получали омепразол, амоксициллин и кларитромицин). Эрадикация достигнута у 83 % больных (40 из 48 пациентов) по результатам серологического исследования HP антигена в крови и иммунохроматографического исследования проб фекалий.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, диагностика, *H. Pylori*-антиген в пробах фекалий, эрадикация, кларитромицин, омепразол, амоксициллин.

FECAL NAMUNALARIDA HP-АНТИГЕНА В АНИҚЛАШ НАТИЖАЛАРИ АСОСИДА HELICOBACTER PYLORI БАРТАРАФ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Мақолада *Helicobacter pylori* инфекциясини бартараф этиш самарадорлигини баҳолаш натижалари келтирилган. *H. pylori* ассоцирланган ошқозон-ичак тракти сурункали яллиғлиниш касалликлари билан 48 та беморлар текширувдан ўтказилди (қонда *Helicobacter pylori* антигенни серологик текшириш ва фекал намуналарни иммунохроматографик текшириш). Беморлар омепразол, амоксициллин ва кларитромицин 10 кун давомида қабул қилди). *H. Pylori*-антигенини қонда серологик текшириш ва фекал намуналарни иммунохроматографик текшириш натижалари асосида 83% беморларда (48 бемордан 40 таси) эрадикацияга эришилди.

Калит сўзлар: *Helicobacter pylori*, диагностика, ахлат намуналарида *H. Pylori*-антиген, эрадикация, кларитромицин, омепразол, амоксициллин.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ERADICATION OF HELICOBACTER PYLORI BASED ON THE RESULTS OF DETERMINATION OF HP-ANTIGEN IN FECAL SAMPLES

The article presents an assessment of the effectiveness of eradication of *Helicobacter pylori* infection. 48 patients with chronic inflammatory diseases of the upper gastrointestinal tract associated with *H. pylori* (serological examination of *Helicobacter pylori* antigen in the blood and immunochromatographic examination of fecal samples) were examined. Patients received omeprazole, amoxicillin, and clarithromycin for 10 days). Eradication was achieved in 83 % of patients (40 out of 48 patients) based on the results of serological examination of the HP antigen in the blood and immunochromatographic examination of fecal samples.

Key words: *Helicobacter pylori*, diagnosis, *H. Pylori*-antigen in fecal samples, eradication, clarithromycin, omeprazole, amoxicillin.

Helicobacter pylori (*H.pylori*) является одной из самых распространенных инфекций человечества. Международное агенство по изучению рака классифицировало *H.pylori* как канцероген I класса в отношении рака желудка [1].

В развитии хронических воспалительных и деструктивных процессов гастродуоденальной зоны общепризнанной является этиологическая роль *H. pylori* [2].

Данные микроорганизмы, инфицируя до 50% популяции в развитых странах и до 90% – в развивающихся, вызывают воспаление слизистой оболочки, способствуют развитию атрофии и метаплазии пораженного участка и приводит к переходу этих процессов в рак желудка. Они играют ведущую роль в патогенезе и прогрессировании таких заболеваний желудочно-кишечного тракта, как пептические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические гастриты,

MALT-лимфома, функциональная диспепсия.

В соответствии с международным консенсусом Маастрихт V (2015), Киотским консенсусом (2015), рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению *H. pylori* у взрослых (2013), регламентированы стандарты антихеликобактерной терапии [3,4].

Разработка алгоритмов ранней и точной диагностики хронического НР-ассоциированного гастрита позволит улучшить качество лечения и диспансерного наблюдения за данной категорией пациентов.

Большинство методов, используемых для диагностики НР-инфекции, являются инвазивными, поскольку предусматривают проведение эндоскопии с последующим исследованием образцов биоптатов слизистой оболочки. Это, в свою очередь, затрудняет их применение у большинства пациентов.

В последние годы была разработана новая методика определения антигенов *H. pylori* в кале [5]. Этот метод является высокоточным методом как для первичной диагностики *H. pylori*, так и для контроля лечения. Такой подход позволяет избежать трудностей проведения эндоскопического исследования, включающего психологический и физический дискомфорт для пациентов.

Целью исследования было изучить эффективность трехкомпонентной терапии у больных с хроническими НР-ассоциированными заболеваниями по результатам определения *H. Pylori*-антигена в кале. При обследовании пациентов были использованы общеклинические методы: лабораторные методы исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи), инструментальные методы (эзофагогастродуоденоскопия; УЗИ органов брюшной полости), определение *H. Pylori*-антигена в образцах фекалий методом иммунохроматографического анализа, определение *H. Pylori*-антигена в крови.

Критерии исключения: применение антибиотиков, препаратов, угнетающих секрецию (ИПП, H₂-гистаминоблокаторы, антациды, препараты висмута) в течение 4 нед. до исследования, наличие аллергии к одному из применяемых препаратов, тяжелые заболевания печени и почек, диарея.

Определение антигена *H. Pylori* в пробах фекалий проводили методом иммунохроматографического анализа (ИХА)

В исследование были включены 48 пациентов с подтвержденной НР-инфекцией т.е. в результате проведения серологического исследования *H. Pylori*-антигена в крови и в кале выявлен у всех обследуемых. На основании результатов эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 15 (31%) пациентов диагностирован хронический эрозивный гастрит, у 19 (40%) - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 5 (10%) - язвенная болезнь желудка.

По данным УЗИ, у 20 обследуемых (42%) выявлены изменения поджелудочной железы в виде увеличения размеров и неоднородности паренхимы, у 21 (44%) - дискинезия желчевыводящих путей.

Длительность заболевания у всех пациентов превышала 1 год. Пациенты получали 10-дневную схему эрадикационной терапии, включающую: омепразол, кларитромицин, амоксициллин. Прием препаратов осуществляли 2 раза в сутки. Выбор режима терапии был обоснован согласно рекомендациям Маастрихт V по диагностике и лечению инфекции *H. Pylori*. Получены информированное согласие пациентов.

Иммунохроматографический тест был также использован для оценки эффективности эрадикации *H. Pylori* у данных больных. Пробы фекалий собирали через 3 дня после эндоскопии перед началом терапии и на 4, 6, 8 и 12-й нед после окончания курса лечения.

Дополнительно эффективность эрадикации оценивали через 4-6 нед после курса лечения по результатам данных исследования *H. Pylori*-антигена в крови и в кале.

Статистическая обработка полученных данных включала определение достоверности различий средних значений количественных данных по критерию Стьюдента.

На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика основных клинических симптомов.

Через 4 недели после окончания лечения повторно проведено исследование антигена на хеликобактерной инфекции в крови и в кале. Эрадикация была успешной у 40 из 48 пациентов и составила 83% по результатам ИХА проб фекалий и у 47 (98%) из 48 по результатам серологического исследования крови, т.е. по данным серологического исследования крови

хеликобактерный антиген сохранялся после проведенного лечения, несмотря на полное исчезновение симптомов заболевания.

Из этого следует, что исследование антигена в кале является достоверным, т.к. хеликобактерный антиген в крови сохраняется несмотря на эрадикацию инфекции, а в кале он не определяется после эрадикации.

По простоте проведения теста ИХА при его высокой чувствительности имеет несомненные преимущества перед другими тестами.

Использование простого неинвазивного метода позволяет не только проводить диагностику *H. Pylori* инфекции, но и осуществлять контроль эрадикации, для определения эффективности применяемых схем лечения. Высокая чувствительность и специфичность иммунохроматографического теста для определения НР-антигена в пробах фекалий позволяет рекомендовать его как неинвазивный метод диагностики *H. Pylori* инфекции и оценки эффективности проводимой терапии.

Таким образом, схема на основе кларитромицина в комбинации с ингибитором протонной помпы (ИПП) и амоксициллином является эффективной и безопасной для эрадикации *H. Pylori* инфекции. Неинвазивный иммунохроматографический экспресс-тест для определения НР-антигенов в пробах фекалий может быть использован для диагностики *H. Pylori* инфекции и оценки эффективности проводимой терапии.

Литература.

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Лапина Т.Л. Хронический гастрит, вызванный инфекцией *Helicobacter pylori*: диагностика, клиническое значение, прогноз // Пособие для врачей. – М., 2009.
2. Логинов А.С., Аруин Л.И., Ильченко А.А. Язвенная болезнь и *Helicobacter pylori*: новые аспекты патогенетической терапии. М., 1993; 230.
3. Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Д. Н. Инфекция *Helicobacter pylori*. М.: ГЭОТАР-Медия, 2016. 256 с.
4. Malfertheiner P., Megraud F. et al. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht V/Florence Consensus Report // Gut. 2017; 66: 6–30.
5. Selgrad M, Kandulski A, Malfertheiner P. *Helicobacter pylori*: Diagnosis and Treatment // Curr Opin Gastroenterol 2009;25:549-56.

УДК: 616.33/34–002.44:616.33

ВЛИЯНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ

Тагаева М.Х., Бахранова Д.Ф.

Ташкентская медицинская академия

Изучение влияния хронической гастродуоденальной патологии на показатели качества жизни у больных. Использованы стандартные методы диагностики и лечения. Оценка качества жизни проводилась в динамике по опроснику SF-36. Исследование выявило, что гастродуоденальная патология влияет не только на функции желудочно-кишечного тракта, но и значительно снижает показатели общего здоровья, жизнеспособности, ограничивает социальное функционирование больного, после курса терапии пациенты нуждаются в дополнительной реабилитации.

Ключевые слова: гастродуоденальная патология, оценка качества жизни.

ГАСТРОДУОДЕНАЛ ПАТОЛОГИЯЛАРНИНГ БЕМОРЛАР ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИ

Беморлар ҳаёт сифати кўрсаткичларига гастродуоденал патологияларнинг таъсирини ўрганиш. Стандарт ташхислаш ва даволаш усуллари қўлланилди. Ҳаёт сифатини баҳолаш динамикада SF-36 сўровномаси буйича ўтказилди. Тадқиқотда аниқландики, гастродуоденал патологиялар нафақат ошқозон ичак тракти фаолиятига, балки умумий ҳолати, ҳаётга лаёқатлилик кўрсаткичларини сезиларли пасайтириб, беморни ижтимоий қобилиятини чеклайди, беморлар даволаш курсидан сўнг қўшимча реабилитацияга муҳтож бўлади.

Калит сўзлар: гастродуоденал патология, ҳаёт сифатини баҳолаш.

INFLUENCE OF GASTRODUODENAL PATHOLOGY ON QUALITY OF LIFE INDICATORS IN PATIENTS

The aim of the research was to study the influence of chronic gastroduodenal pathology on life quality indexes of patients. There were used standard methods of diagnostics and treatment. Estimation of life quality was conducted in dynamics by SF-36 questionnaire. The research detected that gastroduodenal pathology influence not only functions of gastrointestinal tract but also significantly reduces indexes of general health, vital capacity, limits social functioning of the individual, after course therapy patients are in need of additional rehabilitation.

Key words: gastroduodenal pathology, life quality index.

Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) человека как одна из самых древних филогенетических систем с ее многообразием функций принимает непосредственное участие в поддержании процессов гомеостаза и адаптации. Заболевания gastroduodenальной зоны, одной из самых функционально активных и регуляторных зон, по образному выражению, «гипофиз желудочно-кишечного тракта», приводят к нарушению адаптационных возможностей, особенно неизбежно сказывается на показателях жизнедеятельности больного. При этом следует учитывать также, что для врача наиболее значимыми индикаторами заболевания являются объективные симптомы, включающие наряду с клиническими признаками данные лабораторных и инструментальных исследований, в то время как для пациента основной индикатор - субъективные ощущения [4,5]. Пренебрегать этим фактом в современном обществе, где авторитарный подход к больному всё более уступает место отношениям сотрудничества между врачом и пациентом, невозможно. Возникает необходимость наряду с лабораторным и инструментальным мониторингом состояния больного проводить оценку качества его жизни.

В практике исследования КЖ расширяет возможности стандартизации методов лечения, обеспечивает индивидуальный мониторинг состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения, разработки прогностических моделей течения и исхода заболевания и др. многие болезни органов ЖКТ. Согласно определению ВОЗ, качество жизни (КЖ) - это совокупность факторов, определяющих физическое, психологическое, эмоциональное, социальное состояние больного и основанных на его субъективном восприятии [1]. К настоящему времени доказана эффективность метода исследования КЖ в получении информации об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимую терапию [2,4]. Для оценки КЖ при gastroduodenальной патологии оптимальны, такие клинически апробированные опросники, как Inflammatory Bowel Disease Questionnaire [4], Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Patient Concerns и Ulcerative Colitis and Crohn's Disease Health Status Scales [1,3]. При помощи этих опросников установлено, что уровень КЖ больных с gastroduodenальными патологиями значительно варьирует в зависимости от степени активности. Степень снижения КЖ прямо пропорциональна тяжести заболевания. Уровень качества жизни пациентов гастроэнтерологического профиля в целом находится в прямой зависимости от тяжести и длительности заболевания [5]. Опросник SF-36 является общим опросником здоровья и может быть использован для оценки КЖ здоровых и больных различными заболеваниями.

Хронические заболевания gastroduodenальной зоны – хронические гастродуодениты (ХГД) – занимают в среднем 70% в структуре патологических изменений ЖКТ. К сожалению, сегодня к такой распространенной патологии у населения многие медицинские работники, относятся пренебрежительно, что приводит к формальному лечению и наблюдению, как следствие этого – запоздалое наступление клинической ремиссии и соответственно, снижение показателей качества жизни. В таких условиях именно критерии оценки КЖ позволяют оценить эффективность оказания медицинской помощи населению.

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни у больных с gastroduodenальной патологией в зависимости от стадии заболевания, оценить эффективность проводимой терапии.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 66 больных с ХГД. Протокол обследования больных включал общеклинические и специализированные методики: диагноз верифицировался методом гастродуоденоскопии, диагностика НР-инфицирования проводилась морфологическим методом, всем больным проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Исследование качества жизни у больных проводилось с помощью международного опросника общего здоровья - MOS SF-36 (автор Ware J.E., 1992) (табл. 1.1).

Определение концепций здоровья при использовании опросника SF-36

Шкала	Число пунктов	Определение
1. PF (Physical Functioning). Физическое функционирование	10	Возможность человека выполнять физическую нагрузку в течение своего обычного дня
2. RP (Role Physical). Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	4	Физическая способность человека выполнять свою профессиональную работу или работу по дому (пенсионеры)
3. BP (Bodily Pain). Физическая боль	2	Выраженность боли
4. GH (General Health). Общее восприятие здоровья	5	Субъективная оценка общего состояния здоровья
5. VT (Vitality). Жизнеспособность	4	Субъективная оценка настроения, энергичности, жизненных сил
6. SF (Social Functioning). Социальная активность	2	Эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми
7. RE (Role Emotional). Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	3	Эмоциональная способность человека заниматься профессиональной работой или работой по дому (пенсионеры)
8. MH (Mental Health). Психическое здоровье	5	Субъективная оценка эмоционального состояния
9. CH (Change Health). Сравнение самочувствия с предыдущим годом	1	Изменения оценки здоровья в течение последнего года

Анкета SF-36 включает 36 вопросов, которые отражают 9 концепций (шкал) здоровья: физическую работоспособность, социальную активность, степень ограничения физической работоспособности и социальной активности, психическое здоровье, энергичность или утомляемость, боль, общую оценку здоровья и его изменения. Исследование проводили при обращении больного к врачу, на момент наступления клинико-лабораторной ремиссии на 10 день и через 3 месяца после лечения (табл.1.2).

Клинические периоды (точки) исследования качества жизни

1.	При обращении больного к врачу - 1 день;
2.	На момент наступления клинико-лабораторной ремиссии заболевания - 10 день;
3.	Через 3 месяца после начала исследования;

Опросник SF-36 обеспечивает количественное определение КЖ по указанным шкалам. При этом показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по избранной шкале. Опрос проводился методом интервью и внесением данных в компьютерную программу для обработки данных. Полученные данные подвергнуты статистической обработке с расчетом достоверности различий.

Результаты и обсуждение. У 51 больного в качестве основного заболевания был диагностирован хронический гастродуоденит, у 6 больных выявлена язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, сопутствующей патологией чаще всего (88%) являлась дискинезия желчевыводящих путей. Критерием стартового изучения влияния заболеваний гастродуоденальной зоны на показатели КЖ было обострение процесса. До начала лечения отчетливый болевой синдром отмечался у 100% больных. НР-инфицирование выявлено в 62% случаев, причем наличие НР не влияло на клинический вариант течения заболевания ($p > 0,05$). Группы были распределены по полу и возрасту. Лечение проводилось в амбулаторных

условиях. Пациенты получали комплексную медикаментозную терапию, при выявлении НР-инфицирования назначалась эрадикационная терапия по тройной схеме в соответствии с рекомендациями Маастрихтский консенсус по изучению НР, седативные, желчегонные препараты, симптоматическое лечение. Под влиянием проводимой комплексной терапии у всех больных получены положительные результаты. Однако наступление полной клинической ремиссии на 21-й день от начала лечения отмечено лишь у 42% больных на фоне медикаментозного лечения, хотя ранее при стационарном лечении наступление клинической ремиссии в эти сроки отмечалось у 62% больных. Средние сроки исчезновения симптомов были следующие: спонтанные боли в животе исчезали через 8–12 дней, болевой синдром при пальпации через 15–17 дней, диспепсические расстройства и астенический синдром купировались через 15–19 дней, ранее, по нашим данным, при стационарном лечении подобная динамика отмечалась на 1–2 недель ранее по каждому синдрому. Проведенное стартовое исследование показателей КЖ у больных до начала лечения по опроснику SF-36 показало, что при обострении гастродуоденальной патологии значительно (по отношению к здоровым) снижаются показатели КЖ по шкале боли (что клинически проявляется болевым синдромом и что не удивляет врачей), но обращает на себя внимание значительное снижение показателей по шкалам общего здоровья, жизнеспособности, ограничивается социальное функционирование и снижены показатели по шкале психологического здоровья ($p < 0,01$). Снижение физического функционирования было кратковременным и совпадало с периодом спонтанных болей в животе.

Достоверных различий по группе НР «+» и НР «-» у больных не получено. ХГД по клиническому варианту можно разделить на язвенноподобную и гастритоподобную формы. Оказалось, что в зависимости от клинического варианта имеется различное изменение показателей КЖ. Так, при меньшем проявлении болевого синдрома у больных при поражении тела желудка имеется наибольшее снижение показателей КЖ по шкалам общей жизнеспособности, общего здоровья, ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,05$). При анализе анкет, заполненных больными, выявлено, в 74% случаев имела место недооценка серьезности заболевания, особенно при отсутствии выраженного болевого синдрома. Подобная недооценка возможна и со стороны клиницистов. К моменту окончания лечения, через 3 нед., отмечалась лишь тенденция к восстановлению показателей КЖ. После курса эрадикационной терапии отмечено еще большее снижение показателей КЖ по шкалам общего здоровья и жизнеспособности, что, скорее всего, связано с токсичностью комбинированной эрадикационной терапии.

Проведенное исследование после окончания курса лечения показало, что, несмотря на улучшение самочувствия, исчезновение болевых, диспепсических, астенических симптомов, после окончания терапии, когда, по мнению врача, больной здоров, на самом деле показатели его жизнедеятельности остаются значительно сниженными и достигают значений здоровых, как показало динамическое наблюдение, лишь через 3 мес. от начала лечения.

Таким образом, проведенное исследование методом определения КЖ выявило следующее: гастродуоденальная патология влияет не только на функции ЖКТ, но и значительно снижает показатели общего здоровья, жизнеспособности, ограничивает социальное функционирование больного; после курса эрадикационной терапии пациенты нуждаются в дополнительной реабилитации; длительность терапии и наблюдения при обострении ХГД должна составлять не менее 3 мес. от начала лечения даже при отсутствии жалоб и физикальных изменений; методика оценки КЖ позволяет определять необходимые сроки наблюдения за пациентом.

Литература.

1. Качество жизни населения //Русское медицинское обозрение. – 2002. <http://ruscience.newmail.ru/medicine/qol.htm>.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Концепция исследования качества жизни в клинической медицине // Исследование качества жизни в медицине: Матер.междунар. конф. — СПб., 2002. — С. 21–23.
3. Glise H., Wiklund I. Health Related quality of life and gastrointestinal disease // J. of Gastroenterol. Hepatol. - 2003. -suppl. 17. - S. 72-84.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб., 2002. 314 с.
5. Лукьянова Е.М., Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Предварительные результаты применения русскоязычной версии опросника TACQOL для исследования качества жизни детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* // Материалы 11-го конгр. дет. гастроэнтерологов России. М., 2004. С. 245–246.

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПИЛАКТОНА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ, СВЯЗЬ МЕЖДУ ДИУРЕТИЧЕСКИМ ОТВЕТОМ И КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

Хайруллаева С.С., Рустамова М.Т., Нормурадов Ж.А.,

Тилляходжаев С.С., Хайдаров Х.

Ташкентская медицинская академия

Цирроз печени в большинстве случаев диагностируют на стадии декомпенсации, когда ведущим синдромом является портальная гипертензия, асцит. Асцит в 75% пациентов обусловлен циррозом печени. В связи с этим, адекватное ведение асцита при циррозе печени значительно улучшает качество жизни пациента с циррозом печени. Показаны результаты обследования и лечения 30 пациентов с циррозом печени, когда асцит умеренный, не напряжен и хорошо поддается терапии. В комплекс лечения включен Спिलाктон (спиронолактон) в дозе 300 мг, однократно утром, в течение 10 дней. При декомпенсации цирроза печени в виде развития асцита применение Спिलाктона в комплексе лечения данной патологии показало свою эффективность.

Ключевые слова: цирроз печени, асцит, спилактон.

ЖИГАР ЦИРРОЗИДА СПИЛАКТОН ЭФФЕКТИВЛИГИ, КЛИНИК КЕЧИШ ВА ДИУРЕТИК ЖАВОБ ЎРТАСИДАГИ БОҒЛИҚЛИК

Жигар циррози кўп холларда декомпенсация ривожланганда, портал гипертензия, асцит аломатлари пайдо бўлганда аниқланади. 75% беморларда асцит жигар циррози билан боғлиқ. Шу ўринда, жигар циррозидаги асцитни мувофиқ олиб бориш беморлар ҳаёт тарзини сезирарли яхшилайдди. Жигар циррози ва асцит бор 30 та беморда ўтказилган текширув ва даволаш натижалари кўрсатилган бўлиб, асцит таранглашмаган ва даволашга мойиллиги бор холат ҳисобга олинган. Беморларни даволаш комплексига Спिलाктон (спиронолактон) 300 мг дозада, эрталаб бир марта, 10 кун давомида тайинланган. Жигар циррози декомпенсация даври асцит билан кечганда Спиронни комплекс давода қўллаш даво эффективлигини оширганлиги аниқланган.

Калитли сўзлар: жигар циррози, асцит, спилактон.

ON THE QUESTION OF THE EFFECTIVENESS OF SPILACTONE IN CIRRHOSIS OF THE LIVER, THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DIURETIC RESPONSE AND THE CLINICAL COURSE

Cirrhosis of the liver in most cases is diagnosed at the stage of decompensation, when the leading syndrome is portal hypertension, ascites. Ascites in 75% of patients is caused by cirrhosis of the liver. In this regard, adequate management of ascites in cirrhosis of the liver significantly improves the quality of life of a patient with cirrhosis of the liver. The results of examination and treatment of 30 patients with cirrhosis of the liver, when ascites is moderate, not tense and responds well to therapy, are shown. The treatment complex includes Spilactone (spironolactone) at a dose of 300 mg, once in the morning, for 10 days. When decompensating cirrhosis of the liver in the form of ascites, the use of Spilactone in the complex treatment of this pathology has shown its effectiveness.

Keywords: cirrhosis of the liver, ascites, spilactone.

Актуальность проблемы. Цирроз печени в большинстве случаев диагностируют на стадии декомпенсации, когда ведущим синдромом является портальная гипертензия, асцит. Около 4% общей популяции имеют нарушенную функцию печени или заболевание печени, у 10-20% из них с тремя наиболее частыми хроническими болезнями печени (неалкогольная жировая болезнь печени, алкогольная болезнь печени, хронический гепатит С) развивается цирроз в течение 10-20 лет [2,4,]. С ростом распространенности алкогольной и неалкогольной жировой болезни печени в течение следующих нескольких лет ожидается значительное повышение медико-социальной значимости болезней печени наравне с неизбежным увеличением частоты цирроза. Асцит – одно из значимых осложнений цирроза, возникает у 50% пациентов в течение 10-лет от постановки диагноза [3,4,]. Развитие асцита считают важным неблагоприятным прогностическим признаком прогрессии заболевания, так как он связан с 50% смертностью в течение двух ближайших лет. Асцит у 75% пациентов обусловлен циррозом, у остальных – злокачественным новообразованием (10%), сердечной недостаточностью (3%), туберкулезом (2%), панкреатитом (1%) и другими причинами. В зависимости от количества асцитической жидкости и эффективности терапии выделяют: начальный или транзиторный (до 400 мл, выявляется при ультразвуковом исследовании), умеренный (когда асцит не напряжен и хорошо поддается терапии) и выраженный или напряженный асцит (резистентный к лечению). Адекватное ведение асцита не только улучшает качество жизни пациента с циррозом, но и позволяет предотвратить тяжелые осложнения, такие как кровотечение. Как известно, диуретики являются основными препаратами для лечения асцита. Фармакологические исследования показывают, что натрийуретическая активность петлевых диуретиков намного выше, чем у дистальных диуретиков. Спиронолактон, антагонист альдостерона, широко используется в качестве мочегонного средства для достижения объемного гомеостаза. Лечение спиронолактоном может быть эффективным у пациентов с цирротическим асцитом и портальной гипертензией [1,5,6]. Однако, проведенных в этом

направлении исследований недостаточно. При декомпенсации цирроза печени в виде развития асцита, применение спиронолактона необходимо. Известно, что концентрация спиронолактона в плазме крови выходит на плато к третьему дню лечения и после отмены или уменьшения дозы препарата его концентрация и действие снижается через трое суток. Спиринолактон действует главным образом в дистальных канальцах, увеличивая натрийурез и сохраняя калий. Спиринолактон является препаратом выбора для начального лечения асцита при циррозе печени. Начальную дозу 100 мг/сутки можно постепенно увеличивать до 300-400 мг для достижения адекватного натрийуреза. Диуретический эффект развивается через 3-5 дней после начала терапии. В контролируемых исследованиях показано, что лечение спиронолактоном обеспечивает лучший натрийурез по сравнению с петлевыми диуретиками (фуросемид). Спиралактон (спиронолактон) относится к группе мочегонных средств, не вызывающих потери калия. После приема таблетки действие препарата развивается постепенно, достигая своего максимума только на 2-3 сутки, но и сохраняется продолжительное время. Спустя несколько дней после окончания приема препарата мочегонное действие еще проявляется.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности Спиралактона (спиронолактона) в комплексном лечении цирроза печени и портальной гипертензии.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 30 пациентов с циррозом печени с умеренным асцитом, когда асцит не напряжен и хорошо поддается терапии. Средний возраст больных составил 48,9±5,7 лет. Среди обследованных было 11 женщин и 19 мужчин. Всем больным проведено клиническое обследование, сбор анамнеза и осмотр больного, динамика суточного диуреза, динамика массы тела, общий анализ крови и мочи, показатели билирубина, АЛТ и АСТ, мочевины и креатинина крови. Диагноз цирроза печени ставили на основании данных сбора анамнеза, физикального осмотра, клинико-биохимического, ультразвукового исследования и эзофагогастродуоденоскопии. В комплекс лечения включен Спиралактон (спиронолактон). Препарат назначали в дозе 300 мг, однократно утром, в течение 10 дней.

Результаты исследования. При лечении асцита использовали ступенчатый подход, начинали с назначения диеты с умеренным ограничением соли в рационе, полупостельный режим больного с назначением однократно 300 мг дозы Спиралактона. С 3-дня лечения больные отмечали тенденцию к уменьшению одышки, появление некоторой легкости в ногах, улучшение аппетита. Положительный диуретический эффект у наших больных развивался через три дня после начала лечения. Добиться снижения массы тела на 300 г/сутки Спиралактоном удалось на 5-сутки лечения. Результаты ультразвукового исследования показали ослабление повышенного давления в воротной вене.

Наши результаты совпадают с данными других авторов [2,4,5], которые свидетельствуют о том, что хроническое лечение спиронолактоном снижает внутрипеченочное сопротивление и портальную гипертензию. Необходимо отметить, что все пациенты ответили на Спиралактон (спиронолактон). Пациентам было достаточно 300 мг Спиралактона в день для достижения диуретического ответа. Лечение Спиралактоном значительно увеличило суточный диурез, снизило портальное давление. В течение лечения отмечено уменьшение отеков, улучшение самочувствия пациентов.

Заключение. Своевременное и адекватное ведение асцита не только улучшает качество жизни пациента с циррозом, но и позволяет предотвратить тяжелые осложнения. Комплексная лечебная тактика при развитии асцита у больных циррозом печени должна базироваться на подходах, включающих полноценное обследование больных, оценку тяжести асцита и наличия осложнений, учет фармакологических характеристик диуретиков, их взаимодействия и побочных эффектов. Необходимым при этом являются одновременный учет и ежедневная оценка важных клинико-инструментальных параметров для принятия индивидуального терапевтического решения по поводу конкретного пациента.

Вывод. Для эффективного лечения асцита у больных циррозом печени важны соблюдение режима дня, диеты, регулярная оценка диуреза и лабораторных показателей. Важно знание современных подходов диуретической терапии и правильное использование новых препаратов. Раннее включение в терапию Спиралактона повышает эффективность лечения цирроза печени с умеренным асцитом и портальной гипертензией, способствует улучшению клинического течения заболевания.

Литература.

1. Дядык А.И., Куглер Т.Е., Маловичко И.С., Яровая Н.Ф., Ракитская И.В. Принципы диуретической терапии при лечении больных циррозом печени //Российский журнал гепатологии, гастроэнтерологии, колопроктологии. 2017. Том 27 (5): 48-56.
2. Мехтиева С.Н., Кравчук Ю.А., Субботина И.В., Мехтиева О.Ф., Шаповалов М.С. Патогенетические подходы к диуретической терапии асцита у больных циррозом печени. // Лечащий врач. 2008. №5.
3. Подымова С. Д. Ведение больного со стойким асцитом. /РМЖ. -1996. -№3, с.10
4. Циррозы печени: учебное пособие. Д.Х. Калимуллина [и др.]; под общ. ред. А.Б. Бакирова – Уфа: Вагант, 2016. - 83 с.
5. Окумура Х., Арамаки Т., Кацута Й., Сатомура К., Акаике М. и др. Снижение градиента венозного давления в печени как следствие сокращения объема из-за хронического введения спиронолактона пациентам с циррозом печени и без асцита. Am J Gastroenterol.1991. 86: 46–52. [Google Scholar](#)
6. Nevens F., Lijnen P., Van Billoen H., Fevery J. Влияние длительного лечения спиронолактоном на варикозное давление у пациентов с портальной гипертензией без асцита. Гепатология. 1996. 23: 1047–1052.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЛИПИДНЫХ И НЕЛИПИДНЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ.

Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С.

Андижанский Государственный медицинский институт

Профилактика хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ) и факторов риска на уровне населения является самой устойчивой стратегией в долгосрочной перспективе. В профилактике этой болезни и СПИДа заложен большой оздоровительный потенциал и уже существует эффективные меры профилактики и борьбы с ХОБЛ.

Однако службы здравоохранения и деятельность практикующих врачей все-таки часто более ориентированы на лечение, а не на профилактику ХОБЛ. В реализации эффективных мер в отношении течения ХОБЛ на фоне ВИЧ-инфекции существует серьезный пробел, особенно среди популяции стран Центральной Азии и в том числе – Узбекистана.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, факторы риска, биохимических факторов риска, популяция.

ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ ЛИПИДЛИ ВА ЛИПИДСИЗ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАХЛИЛИ

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) ва унинг хатар омилларини аҳоли орасидаги профилактикаси узоқни кўзловчи устивор йўналиш бўлиб қолмоқда. Ушбу касалликни ва ОИТС ни профилактикаси учун катта миқдорда сармоя ажратилган бўлиб ҳозирда ЎСОК ва унинг профилактикаси борасида самарали ишлар бажарилмоқда.

Аммо кўп холларда амалиёт врачлари ва соғлиқни сақлаш тизими ушбу касалликларни профилактикасида кўра кўпроқ даволашга эътибор бермоқдалар. Ўрта осие жумладан Ўзбекистон ОИВ билан зарарланган аҳоли орасида ЎСОК кечишини енгиллаштиришга қаратилган чора - тадбирлар орасида сезиларли узилишлар кузатилмоқда.

Калит сўзлар: ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, хатар омиллари, биохимик хавф омиллари, популяция.

COMPARATIVE ANALYSIS PREVALENCE OF LIPID AND NON-LIPID BIOCHEMICAL FACTORS OF RISK OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES AMONG HIV-INFECTED POPULATION.

Prevention of COPD and risk factors at the population level is the most sustainable strategy in the long term. In the prevention of this disease and AIDS laid large health potential and existing effective prevention and control of COPD.

However, health services and activities of practitioners still often more focused on treatment rather than prevention of COPD. In the implementation of effective interventions for COPD associated with HIV infection, there is a serious gap, especially among populations of Central Asia, including - Uzbekistan.

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease, risk factors, biochemical risk factors, population.

Введение. Исследователями разных стран мира разработаны рекомендации по профилактике хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ) с учетом данных об общих факторах риска (ФР) прогрессирования, которые включают коррекцию ФР, общих для ХОБЛ и ВИЧ-инфекцию. Возникла, безусловно, насущная потребность для эпидемиологических результатов и в разработке специальных среднесрочных и долгосрочных программ по профилактике (хронических неспецифических заболеваний) ХНЗ / ХОБЛ среди населения. Такие исследования среди ВИЧ-инфицированной популяции малочисленны. [1, 3].

В связи с этим проблема изучения и предупреждения развития факторов риска и разработка новой стратегии профилактики ХНЗ, в т.ч. ХОБЛ на фоне ВИЧ-инфекции является одной из важных на современном этапе. Современная наука и практика остро нуждаются в новых стратегиях профилактики ХОБЛ у популяции ВИЧ-инфицированных. [2, 3, 4].

Поэтому одной из задач нашего исследования было выявление и оценка распространенности факторов риска ХОБЛ на фоне ВИЧ-инфекции.

Материал и методы. В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в течение 2 лет обследованы 507 больных ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся на диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом. Из них 244 женщины (48,1%), 263 (51,9%) мужчин. Среди них больных с впервые выявленным диагнозом ХОБЛ были 101 человек, с длительным анамнезом ХОБЛ 97. Практически все обследованные лица (503 человек, 99,2%) были представителями коренной национальности.

Эпидемиологический мониторинг ХОБЛ и их ФР осуществлялся с применением общепринятых и стандартизованных методов, рекомендованных ВОЗ (1996): опросных, инструментальных и биохимических.

Результаты и обсуждение. Результаты показали довольно неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию: более чем у 89,2% обследованных выявлены гипонатриодизии (ГНДЗ), у 72,2% - гипокалиодизии (ГКДЗ), у 28,8% - гипокальциодизии (ГСаДЗ), у 22,1% - гиперурикемия, у 27,0% - гипергликемия, у 30,2% - гипертриглицеридемия (ГТГ) и у 33,1% - гиперхолестеринемия (ГХС).

В подавляющем большинстве случаев эти ФР установлены у мужчин. Так у женщин и мужчин ВИЧ-инфицированных отмечены следующие тенденции в уровнях распространенности биохимических факторов риска (БФР) соответственно: гиперхолестеринемия выявлена с частотой – 29,7 и 36,8% ($P>0,05$), гипертриглицеридемия отмечена в уровнях – 26,2% и 34,4% ($P<0,05$), наличие гипергликемии выявлено – у 23,5 и 30,7% ($P>0,05$), наличие гиперурикемии установлено – у 18,2 и 26,2% ($P<0,05$), ГКДЗ – по 65,4 и 79,5% ($P<0,05$), ГНДЗ – по 84,4 и 94,2% ($P>0,05$) и ГСаДЗ – по 25,0 и 32,7% ($P>0,05$).

У 26,9% женщин и 39,3% мужчин наблюдалось сочетание 4-5 и более биохимических факторов риска, у 24,7 и 32,7% - сочетание 3-х ФР, у 17,1 и 25,8% - сочетание 2-х ФР. У 15,9% женщин и 20,1% мужчин отмечались только по 1 ФР. Лишь 2,2% женщин и 1,6% мужчин не имели ни одного сочетания биохимических факторов риска. Рис. 1.

Изучение по возрастной динамике распространенности / выявляемости сочетаний биохимических факторов риска ХОБЛ в общей популяции показало более значительное скопление их в старших возрастных группах обследованных. В старших возрастных группах (40-49, 50-59 и 60-69 лет) частота встречаемости БФР превышала таковую в младшей возрастной группе. Выявляемость сочетаний разного количества БФР в зависимости от возраста отмечено следующим образом: в 20-29 лет – 1 ФР выявлено у 18,3%, 2 – у 22,3%, 3 – у 28,9% и более 4-5 – у 32,9% ($P<0,001$), у 3,0% не отмечено сочетаемость БФР.

Во 2-ой возрастной группе 30-39 лет лишь у 2,9% обследованных не выявлены факторы риска, у 22,1% установлено наличие 1 ФР, у 26,8% - 2 ФР, 3 – у 32,3% и \geq 4-5 ФР – у 37,0% ($P<0,001$).

Среди обследованных с ВИЧ-инфекцией в возрасте 40-49 лет только 3,0% лиц не имели ни одного фактора риска, 27,7% имели 1 ФР, 33,8% - 2, 43,1% - 3, а 47,6% лиц – более 4-5 биохимических ФР.

В возрастной группе обследованных 50-59 лет 100,0% лиц имели более 4-5 БФР, 62,5% - 3 ФР, 50,0% - 2 ФР и 25,0% - 1 ФР, то есть у всех выявлялись множественные биохимические липидные и нелипидные факторы риска.

Как видно из представленных данных с возрастанием возрастного диапазона наблюдалось равномерное увеличение распространенности изученных биохимических факторов риска: ГХС – с 25,8% (в 20-29 лет) до 50,0% (в 50-59 и 60-69 лет), на 24,2% или в 1,9 раз ($P<0,05$); ГТГ – с 23,9% до 50,0%, на 26,1% или в 2,1 раза ($P<0,01$); ГУ – с 18,2% до 25,0%, на 6,8% ($P>0,05$); ГКДЗ – с 63,4% до 80,0% (в группе 40-49 лет), на 16,6% или в 1,3 раз ($P>0,05$); ГНДЗ – с 86,8% до 92,3% или на 5,5% ($P>0,05$) и ГСаДЗ – с 26,5% до 62,5%, на 36,0% или в 2,4 раза ($P<0,01$). Рис. 2.

Среди общей популяции ВИЧ-инфицированных 20-69 лет только 3,1% лиц не имели ни одного БФР, 10,4% имели 1 БФР, 24,2% - 2, 30,6% - 3 и 35,7% ($P<0,001$) – более 4-5 БФР.

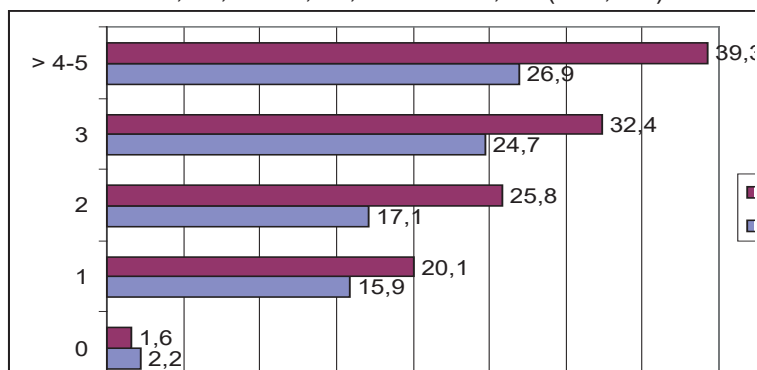


Рис. 1. Частота выявления сочетаемости БФР в группах сравниваемой популяции мужчин и женщин ВИЧ-инфицированных

По оси абсцисс – частота выявления сочетаемости БФР (в %); по оси ординат – встречаемость сочетаний разного количества БФР.

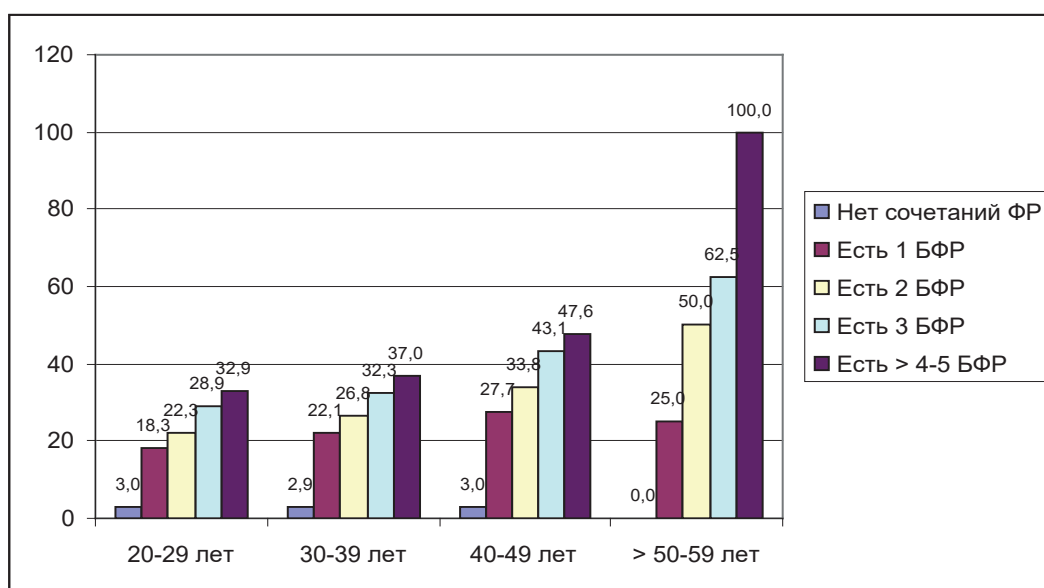


Рис.2. Частота выявления сочетаемости БФР на фоне ВИЧ-инфекции в зависимости от возраста обследованной популяции.

Выводы. Результаты проведенных исследований указывают, во-первых, на высокую распространенность биохимических липидных и нелипидных факторов риска в популяции ВИЧ-инфицированных (рис.1 и 2) и во-вторых, на необходимость целенаправленного обследования всех лиц с ВИЧ-инфекцией для выявления биохимических немодифицируемых факторов риска ХОБЛ.

Литература.

1. Бахринов Х.П. Некоторые особенности распространения ВИЧ/СПИДа в Республике Узбекистан // Акт. пробл.гиг.санитарии и экологии // В кн.: Материалы научно-практ.конф., посвящ.70-летию НИИ санитарии, гигиены и проф.заболеваний. – Т. – 2004. – С.271.
2. Ватутин Н.Т., Смирнова А.С., Тарадин Г.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких : определение, эпидемиология, патофизиология, клиника и лечение (пересмотр рекомендаций GOLD 2013г) // Архив внутр.медицины -2015 - №6(26)-С.3-13
3. Зейткадиева С.М., Мирзамуратова А.О., Ырыскулова Ж.С., Усенова А.О. Эпидемиология хронической обструктивной болезни легких // Вестник Каз НМУ – 2018 - №3 – С.130-131.
4. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких. Российское респираторное общество – 2017. – С.68.

УДК 616.31-002.1

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЗАЖИВЛЕНИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АУТОТРОМБОЦИТАРНОЙ МАССЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Хамитова Ф. А.

Бухарский государственный медицинский институт

Частота острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, в том числе абсцессов и флегмон, неуклонно растет. В последние годы число пациентов с тяжелым течением этой патологии, в частности, у больных с сопутствующим сахарным диабетом сопровождается развитием осложнений, длительной временной нетрудоспособностью, а иногда и приводящих к инвалидности и смерти. В клинике челюстно-лицевой хирургии абсцессы и флегмоны также занимают первое место по частоте встречаемости. Все это свидетельствует о важной социальной значимости комплексного подхода к лечению острой флегмоны челюстно-лицевой области и профилактике послеоперационного периода. В статье обсуждается проблема лечения гнойной инфекции челюстно-лицевой области у лиц, страдающих

сахарным диабетом. Проанализированы результаты лечения 122 больных с различными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на фоне сахарного диабета.

Ключевые слова: флегмона, антисептики, иммунокоррекция, гипергия, вялотекущее воспаление, челюстно-лицевая область, вторичная иммунологическая недостаточность, сахарный диабет.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТИ БОР БЕМОРЛАРНИНГ ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИДА АУТОТРОМБОЦИТАР МАССА БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ЖАРОҲАТ БИТИШИГА ТАЪСИРИ

Юз-жағсоҳаси яллиғланиш касалликлари, жумладан, абсцесс ва флегмоналар жадаллиги доимий ўсиб бормоқда. Кейинги йилларда ушбу патологиянинг оғир ўтиши билан боғлиқ беморлар сони, хусусан, қандли диабет беморларда билан боғлиқ касалликлар ривожланиб, узоқ муддатли меҳнатга лаёқатсизлик ёки ногиронликка сабаб бўлмоқда. Юз-жағ клиникасида абсцесс ва флегмонлар билан касалланиш жадаллиги бўйича биринчи ўринни эгаллади. Буларнинг барчаси юз-жағ соҳаси флегмонасининг даволаш ва операциядан кейинги даврида асоратларни олдини олишда комплекс ёндашувнинг муҳим ижтимоий аҳамиятга эга эканлигидан далолат беради. Мақолада қандли диабет билан касалланган беморларда юз-жағ соҳаси яллиғланиш касалликлари инфекциясини даволаш муаммоси муҳокама қилинмоқда. Қандли диабет беморларда юз-жағ соҳаси турли йирингли яллиғланиш касалликлари бўлган 122 нафар беморни даволаш натижалари таҳлил қилинди.

Калит сўзлари: флегмона, антисептиклар, иммунокоррекция, гипергия, юз-жағ яллиғланиши, иккиламчи иммунологик етишмовчилик, диабет.

PECULIARITIES OF PURULENT WOUND HEALING IN MAXILLAR FACIAL AREA WHEN USING AUTOTROMBOCYTIC MASS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

The incidence of acute purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial region, including abscesses and phlegmon, is steadily increasing. In recent years, the number of patients with a severe course of this pathology, in particular in patients with compounding diabetes mellitus, has been accompanied by the development of complications, prolonged temporary disability, and sometimes leading to disability and death. In the clinic of maxillofacial surgery, abscesses and phlegmons also occupy the first place in terms of frequency of occurrence. All this indicates the important social significance of an integrated approach to the treatment of acute phlegmon of the maxillofacial region and the prevention of the postoperative period. The article discusses the problem of treating purulent infection in people with diabetes mellitus. The results of treatment of 122 patients with various purulent-inflammatory diseases of maxillofacial region against the background of diabetes mellitus are analyzed.

Key words: phlegmon, antiseptics, immunocorrection, hypergia, sluggish inflammation, maxillofacial region, secondary immunological insufficiency, diabetes mellitus.

Актуальность исследования. В настоящее время, несмотря на значительное улучшение качества лечебно-профилактической и в том числе стоматологической помощи населению, появление современной дорогостоящей лечебно-диагностической техники и фармакологических препаратов, отмечается неуклонный рост абсолютного и относительного числа больных с флегмонами челюстно-лицевой области (ФЧЛО). Это привело к тому, что данная категория больных занимает более 50% коечного фонда специализированных стационаров, что не может не составлять серьезной социально-экономической проблемы для государства в целом, учитывая urgentный характер требуемой хирургической помощи. Основной причиной сложившейся ситуации, по мнению большинства исследователей, является снижение коллективного иммунитета, повышенная чувствительность к оппортунистической инфекции. Сочетание одонтогенной инфекции с сахарным диабетом (СД) образует замкнутый порочный круг, при котором инфекция отрицательно влияет на обменные процессы, усугубляя инсулиновую недостаточность и усиливая ацидоз, а нарушение обмена веществ и микроциркуляции ухудшает течение репаративных процессов в очаге поражения.

При недостатке инсулина у больных СД происходит дезорганизация углеводного обмена, проявляется гипергликемией, гликозурией, снижением содержания гликогена в тканях прежде всего, в печени. Из-за расстройства функции печени в дальнейшем изменяются водно-солевой и белковый обмены. Нарушение обмена белка проявляется в уменьшении его синтеза и усилении его распада. Вследствие этого повышается образование глюкозы из аминокислот. В организме больных происходит накопление кетонных тел и ацетона на фоне почти полной утраты способности синтезировать жиры, что ведет к кетоацидозу. На наш взгляд, тяжелые исходы у этих больных на предыдущих этапах лечения были обусловлены взаимосвязью плохо леченной гнойной инфекции с некомпенсированным СД.

Повышенную восприимчивость к инфекциям у пациентов с СД связывают с нарушениями защитных функций иммунной системы, усилением клеточной адгезии микроорганизмов,

наличием микро- и макроангиопатии, нейропатии, а также повышенной частотой консервативных и хирургических вмешательств [3, 5–7]. Дополнительным фактором является склонность к катаболическим процессам. В результате чего гнойный процесс сопровождается выраженной интоксикацией и обменными нарушениями, что приводит к функциональным нарушениям печени и почек. Симптомы интоксикации наблюдаются очень рано, когда местные проявления воспалительного процесса выражены еще незначительно [2, 5]. При этом развивается вторичная иммунологическая недостаточность, в частности изменяется синтез антител, снижается фагоцитарная активность макрофагов и лейкоцитов, ослабляется в целом регенерационная способность всех тканей, снижается барьерная функция слизистых оболочек [1, 2, 7].

Традиционные методы лечения, в связи с недостаточно высокой их эффективностью, не исключают развитие атипичных форм, серьезных интракраниальных и системных осложнений и летального исхода. В связи с этим проблема лечения больных с ФЧЛО на фоне сахарного диабета остается по-прежнему актуальной и далеко не решенной.

Лечение любого воспалительного процесса, независимо от локализации воспалительного очага, имеет одну общую цель – скорейшее купирование признаков воспаления и исключение распространения воспаления и развития осложнений. Задачами в достижении данной цели является местное воздействие на воспалительный очаг, а именно вскрытие, санация, дренирование; общее воздействие на организм, направленное на введение антибактериальных препаратов, оказывающих статическое действие на возбудителя. Кроме того, симптоматическое лечение является также одной из важных единиц в лечении и способствует созданию благоприятных условий для выздоровления. Бесспорно, пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области заслуживают внимания и комплексного подхода. Программа лечения пациентов с данной патологией включает в себя общее лечение (с использованием антибактериальных препаратов) и местное - воздействие на гнойную рану (локальными методиками) [3,5,7]. Безусловно, залогом успеха в благоприятном исходе гнойно-воспалительных заболеваний является адекватное вскрытие, радикальная санация и дальнейший уход за раной, который заслуживает наибольшего внимания.

Существует огромное количество разнообразных методов и способов воздействия на гнойную рану, но ни один из них не удовлетворяет современных хирургов полностью [2,8]. Одни методы лечения требуют приобретения дополнительного дорогостоящего оборудования, другие не могут повлиять в достаточной мере на все фазы раневого процесса. Все это приводит к постоянному пересмотру и дополнению методик ведения гнойных ран, в связи с чем возникают новые [3,4,9,10].

Проанализировав литературные данные, мы отметили, что плазма, обогащённая тромбоцитами, применяется во многих отраслях медицины, в связи с тем, что является высокоактивным биологическим стимулятором процессов регенерации за счёт содержания тромбоцитов [1,166]. Тромбоциты, помимо гемостатической функции, способствуют заживлению раны благодаря наличию в своём составе фактора роста, который в свою очередь оказывает регенераторное воздействие на клетки. Цитокины - фактор роста β (TGF- β), тромбоцитарный фактор роста (PDGF), инсулиноподобный фактор роста (IGF-I, IGF-II), фактор роста фибробластов (FGF), эпидермальный фактор роста, фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) и фактор роста эндотелиальных клеток играют важную роль в процессах клеточной пролиферации, хемотаксиса, дифференциации и ангиогенеза. Получают тромбоцитарную аутолитическую плазму из венозной аутокрови пациента путём центрифугирования в режиме 3000 оборотов в минуту, в течение 10 минут в специализированной пробирке с разделительным гелем и антикоагулянтом [1,3,6]. Учитывая, что для приготовления аутолитической тромбоцитарной плазмы используют кровь пациента, её преимуществом является отсутствие риска переноса ВИЧ инфекции, развития аллергических реакций.

На сегодняшний день тромбоцитарная аутолитическая плазма получила широкое применение в различных областях медицины [1,2,3]. В стоматологии данный материал нашёл своё применение благодаря высоким биологическим стимулирующим действиям, используют тромбоцитарную аутолитическую плазму совместно с трансплантируемым участком кости, при пластике альвеолярного отростка. Изучив литературные данные по использованию тромбоцитарной аутолитической плазмы, мы пришли к выводу, что её применение весьма перспективно и разнонаправлено. Таким образом, нами принято решение изучить эффективность её использования при местном лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.

Цель работы. Проанализировать течение и результаты лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области при использовании аутотромбоцитарной массы у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. За период 2017-2020 гг. на базе отделения челюстно-лицевой хирургии БООМЦ находились на лечении 1927 пациентов, из них гнойно-воспалительные заболевания лица и шеи имели место у 806 (41,8%): одонтогенные флегмоны – у 557 (69,1%), абсцессы – у 28 (3,4%). Сепсис осложнил течение хирургической инфекции у 9 больных (1,1%). Динамика пролеченных пациентов по годам: 2017 пролечено 172(36,1%), в 2018- 139 (36,1%), в 2019 – 124(32,2%), 2020 – 122 (31,6%) представлена на рисунке 1.

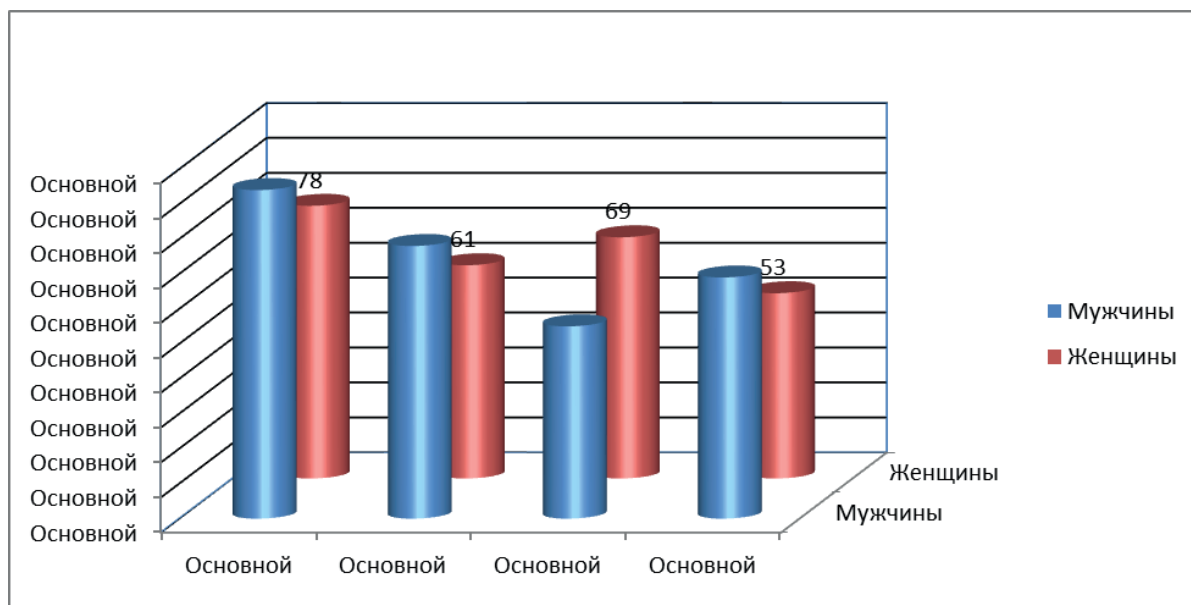


Рисунок 1. Количество пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по полам, пролеченных, а 2017-2020гг.

Пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями составляют 9,8% от общего количества пролеченных больных. Процентное соотношение одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области составляет 69,1%, в то время как абсцессов 3,4% от общего числа больных с гнойно-воспалительными заболеваниями. Таким образом, проблема гнойной инфекции считается одной из актуальных в нашем регионе.

Формирование исследуемых групп проводилось по локализации процесса, времени от начала заболевания, возрасту и иницирующему фактору.

Результаты исследования и их обсуждение. В общей структуре больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области на фоне СД более чем у половины (51,6 %) пациентов наблюдали среднетяжелое и тяжелое течение заболевания. Все эти больные до госпитализации 122 пациента принимали пероральные сахароснижающие средства, 48 человек – парентеральный инсулин, у 16 больных данные о лечении СД в истории болезни отсутствуют.

В клинике после исследования гликемического профиля и консультации эндокринолога всем больным проводили коррекцию сахароснижающей терапии. Пациентам, получавшим таблетированные формы препарата, был назначен инсулин для парентерального введения.

Первую, основную, группу составили 50 пациентов, из них было 26(52%) мужчин и 24 (48%) женщины. Пациентам первой группы в комплексном лечении производилось применение аутотромбоцитарной массы.

Вторую, контрольную, группу составили 50 пациентов, 17 (58,8%) женщин и 33 (41,2%) мужчин, которым в комплексном лечении использовались стандартные методы лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Оценка качества предложенной нами методики проводилась за счёт изучения и сравнения клинической картины (результатов температурной кривой, шкалы боли, продолжительности гнойного отделяемого, формирования

грануляций, сроки адаптации краёв раны) и всестороннего глубокого изучения лабораторных методов исследования: микробиологического отпечатка бактериологического мазка материала. Ретроспективный анализ осуществлялся путём всестороннего изучения первичной медицинской документации. Текущее исследование 50 больных с местным применением аутолитической тромбоцитарной плазмы. При анализе историй болезни, особое внимание было обращено на время от начала заболевания до момента госпитализации в стационар, сопутствующую патологию, возбудителя гнойно-воспалительного процесса, фоновую патологию, возрастную принадлежность.

Приводим клинический пример:

Пациент Болтаев Ж., 53 года, история болезни №2223/224, поступил в экстренном порядке в отделение черепно-челюстно-лицевой и реконструктивной хирургии Бухарского многопрофильного медицинского центра 10 марта 2021 года с диагнозом «Разлитая флегмона подчелюстной и крылочелюстного пространства слева». Из анамнеза заболевания известно, что у больного 5 дней назад начал болеть 38 зуб, в последующем у него появился отёк подчелюстной области, боли при глотании и ограничение открывания рта. У больного поднялась температура тела до 39°C, озноб, потеря аппетита и общее недомогание.

Из анамнеза жизни известно, что состоит на диспансерном учете у эндокринолога по поводу сахарного диабета. При объективном осмотре выявлено ожирение II степени. Другие сопутствующие заболевания не выявлены. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследований в пределах нормы. ОАК: Нв – 132 г/л, эритроциты – $4,80 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты – $232 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $6,10 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 6 мм/ч. Время свертывания по Сухареву – 4 мин 20 сек. БХАК: общий белок – 72,2 г/л, креатинин – 42,8 мкмоль/л, глюкоза – 7,72 ммоль/л, общий билирубин – 15,6 мкмоль/л, АЛТ – 9,6 ед/л, АСТ – 13,9 ед/л, холестерин – 4,39 ммоль/л, мочевины – 5,1 ммоль/л.

Запланировано проведение операции – «Вскрытие флегмоны подчелюстного и крылочелюстного пространства слева и удаление 38 зуба».

Объем планируемой операции – длительность (25 минут), длина разреза (менее 10 см). Для прогнозирования повышенного риска развития осложнений в раннем послеоперационном периоде проведен расчет уравнения логистической регрессии. У пациента были выявлены следующие факторы риска: наличие артериальной гипертензии, наличие избыточной подкожно-жировой клетчатки (ожирение), возраст (старше 50 лет), пол (мужской).

Коагулограмма: фибриноген – 2,39 г/л, протромбиновое время – 14,8 сек, протромбиновое отношение – 0,90, ПТИ – 100,50%, МНО – 0,93, АЧТВ – 35,20, этаноловый тест – отрицательный. Группа крови, резус-фактор: A(II) вторая, RH+ (положительный).



Рис.1 Вид больного и раны после вскрытия подчелюстной флегмоны

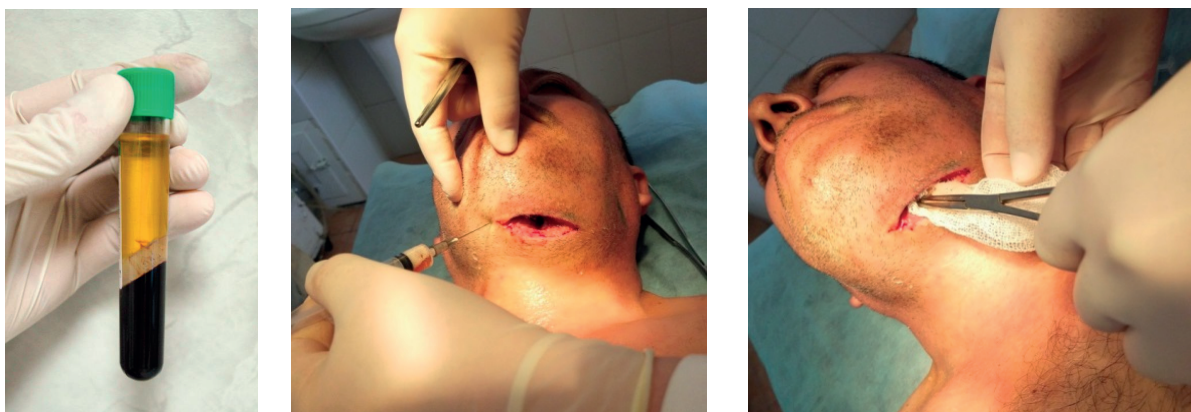


Рис.2 Взятие и применение аутоплазмы (в виде инъекций и повязки с плазмой)



Рис.3 Вид послеоперационной раны через 5 дней и через 10 дней

Объективными критериями для оценки динамики течения послеоперационного периода, позволяющими оценить влияние разработанной программы лечения, были:

- локальные изменения в ране: продолжительность гнойного отделяемого, динамика времени купирования воспалительного инфильтрата и формирования грануляционной ткани;
- динамика лабораторных параметров;
- микробиология раневого отделяемого с определением возбудителя гнойных инфекций и чувствительность к антибиотикам.

Результаты клинических наблюдений показали, что применение разработанной методики лечения значительно сокращает сроки очищения ран от гнойно-некротических тканей, уменьшает болевой синдром, снижает

выраженность и активность местных клинических проявлений воспалительной реакции и стимулирует регенерацию и эпителизацию раны

Заключение. Лечение гнойных ран на фоне СД должно проводиться с участием врача-эндокринолога под контролем критериев, объективно отражающих течение раневого процесса: цитологического исследования раневых отпечатков, морфологического исследования тканей раны, определение показателей тканевого гомеостаза в очаге поражения, количественного и качественного микробиологического анализа. Анализируя данные, можно отметить, что преимущественно пациенты основной группы (57,7%) пребывают в стационаре от 4 до 6 суток, в то время как большее количество пациентов группы сравнения (42%) находится на стационарном лечении от 7 до 9 суток. Кроме того, 20% человек группы сравнения получали

стационарное лечение более девяти суток. Средний период пребывания на круглосуточной стационарной койке составил у пациентов основной группы 5,4±0,5 дня, у пациентов группы сравнения 7,5±0,5.

Использование вышеизложенных методик, а также объем и направленность проводимой терапии в каждом конкретном случае являются прерогативой лечащего врача. Наше исследование показало, что лечение одонтогенной инфекции с аутотромбоцитарной массой дает возможность купировать гнойный очаг и сократить сроки заживления гнойной раны за счет стимулирующего действия факторов роста тромбоцитов на метаболизм костной ткани и коллагена, пролиферацию эндотелиальных клеток сосудов, снижает риск возникновения осложнений и повлиять на длительность пребывания пациентов в стационаре.

Литература.

1. Ш.К. Пулатова, З.К. Рахимов, Ш.А. Камбарова, Ф.А. Хамитова «Комплексное патогенетическое лечения больных с разлитыми флегмонами челюстно – лицевой области» 2(26)2019 «Тиббиётда янги кун» 125стр
2. Хамитова Ф. А. и др. Усовершенствование эндоскопических методов лечения хронических одонтогенных перфоративных верхнечелюстных синуситов //Новый день в медицине. – 2019. – №. 2. – С. 26.
3. Khamitova Furuza Artikovna, Kambarova Shakhnoza Alikhuseynovna Application of Autoplasma Enriched with Platelet in the Treatment of the Abscesses and Phlegmon of the Maxillofacial Area in Patients with Diabetes Mellitus American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020;10(7): 479-483doi:10.5923/j.ajmms.20201007.09
4. Стаценко М. Е., Косицына А. Ф., Туркина С. В. и др. «Сахарный диабет: Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, принципы лечения. – Волгоград, 2002.
5. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Изд-3-е, переработанное и доп. -/М.- «Медицинская литература».-2003. - 374 с.
6. Робустова Т.Г., Губин М.А., Царев В.Н. Пути профилактики и лечения распространенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и их осложнений //Стоматология.-1995.-№ 1.-С.31-33.
7. Kh.F. Artikovna, SM Sulaymonovna Features of application of autoplasma for treatment of the odontogeny infection of maxillofacial area at patients with diabetes Psychology and Education Journal, 2021https://doi.org/10.17762/pae.v58i1.1711
8. Е. В. Фомичев, С. В. Поройский, М. В. Кирпичников, Е. Н. Ярыгина «Современная концепция лечения гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи у больных сахарным диабетом» Волгоградский научно-медицинский журнал 3/2014стр 35
9. Рахимов З. К. и др. Активизация не специфических факторов иммунитета у больных с разлитыми флегмонами челюстно-лицевой области с помощью бактериофага //современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области. – 2019. – С. 71-76.
10. Schaberg D. S., Norwood J. M. // Diabetes Spectrum. – 2002. – Vol. 15 (1). – P. 37–40. – doi: 10.2337/diaspect.15.1.37.

УДК: 613.632:615.9

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОГО УДОБРЕНИЯ «СУПЕРГУМУС»

Искандаров Т.И., Романова Л.Х.

Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профзаболеваний

В статье представлены результаты комплексных токсиколого-гигиенических исследований по оценке минерального удобрения «Супергумус». Установлена степень токсичности и опасности препарата. Разработаны критерии безопасного применения «Супергумуса» в сельском хозяйстве республики: гигиенические нормативы в объектах окружающей среды (вода, воздух, почва) и пищевых продуктах; санитарно-защитные зоны, сроки выхода на работу.

Ключевые слова: пестицид, токсичность, средне-смертельная доза, раздражающий эффект, гигиенический норматив, окружающая среда, регламент, безопасность.

«СУПЕРГУМУС» МИНЕРАЛ ЎЎИТНИ ҚЎЛЛАШ ХАВФСИЗЛИГИНИ ГИГИЕНИК АСОСЛАШ

Мақолада «Супергумус» минерал ўғитни баҳолаш бўйича мажмуавий токсиколого-гигиеник тадқиқотлар натижалари келтирилган. Препаратнинг заҳарлилик ва хавфлилик даражаси аниқланди. Республикада қишлоқ хўжалигида «Супергумус» ни хавфсиз қўллаш мезонлари ишлаб чиқилган: атроф-муҳит объектларида (сув, ҳаво, тупроқ) ва озиқ-овқат маҳсулотларида гигиеник меъёрлар; санитария-ҳимоя зоналари, ишга чиқиш муддатлари.

Калит сўзлар: пестицид, заҳарлилик, ўртача ўлим дозаси, қўзғатувчи самара, гигиеник норматив, атроф-муҳит, регламент, хавфсизлик.

HYGIENE SAFETY RATIONALE APPLICATION OF MINERAL FERTILIZER «SUPERHUMUS»

The article presents the results of complex toxicological and hygienic studies to assess the mineral fertilizer «Superhumus». The degree of toxicity and hazard of the drug has been determined. Criteria for the safe use of «Superhumus» in agriculture of the republic have been developed: hygienic standards in environmental objects (water, air, soil) and food products; sanitary protection zones, terms of going to work.

Key words: pesticide, toxicity, average lethal dose, irritant effect, hygienic standard, environment, regulations, safety.

Проблема охраны природы от загрязнения для Узбекистана имеет специфический региональный характер, характеризуется резко континентальным климатом, особенностями развития сельского хозяйства, в частности широким применением минеральных удобрений. Внесение больших и необоснованных доз минеральных удобрений на почвах с содержанием гумуса 0,8 – 1,0% уже не оказывает большого влияния на урожайность хлопчатника и составляет 27 – 30 ц/га. Более того, такие сельскохозяйственные культуры, как хлопчатник и пшеница обедняют почву питательными веществами, так как стебли хлопчатника полностью используются населением как топливо, а солома – для скота. В то же время из-за резкого сокращения поголовья скота в республике, количество вносимого навоза на поля уменьшилось в 4 – 5 раз и составляет всего лишь 20 – 25% от годовой потребности. Тем самым увеличивается дефицит возвращаемых органических веществ в почву для развития гумуса и повышения плодородия почвы. Вследствие этого стало сокращаться количество гумуса в почве, а с ним и микроорганизмов, которые перерабатывали эти органические остатки в необходимые вещества для питания растений. Экология почв резко ухудшилась. При сравнительно небольшом содержании гумусного слоя (0,8 – 1,0%) полное восстановление в течение года затраченных питательных веществ для сохранения гумусного слоя хотя бы на прежнем уровне не реально и содержание гумуса будет неуклонно понижаться. В связи с вышеуказанным, к внедрению в сельскохозяйственную практику республики рекомендуется новое органоминеральное удобрение «Супергумус», полученное путем компостирования отходов угольного разреза и обогащенное ассоциацией полезных микроорганизмов, которое содержит в своем составе органические вещества.

Цель исследований. Комплексная гигиено-токсикологическая оценка минерального удобрения «Супергумус».

Методы исследования. При проведении исследований использованы гигиенические, токсикологические, биохимические и статистические методы. Исследования проводили в соответствии с «Методологией комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды» [4, 5]. Изучали минеральное удобрение «Супергумус». Состав: 52% - органических веществ (угольной пыли), 23% - глины и 25% - мелкого песка, 21,7% - органических веществ, 0,25% - общего азота, 0,12% - фосфора, 0,3% - калия и подвижных P_2O_5 - 16,9 мг/кг, K_2O - 100,0 мг/кг. pH – 5,5. Состав гумусовых веществ: всего гумусовых кислот - 5,7%, из них: 3,4% - гуминовых кислот, 2,3% - фульвокислот.

Результаты и обсуждение. Для установления средне-смертельной дозы препарата были проведены экспериментальные исследования на 3-х видах лабораторных животных (белые крысы, белые мыши, кролики). В результате проведения острых экспериментов установлены средне-смертельные дозы для разных видов животных (табл. 1). В результате исследований установлено, что «Супергумус» по параметрам острой токсичности относится к веществам IV класса опасности – малоопасные соединения (СанПиН РУз № 0321-15), препарат не обладает видовой чувствительностью. Клиническая картина острого отравления характеризовалась непродолжительным периодом угнетения. На протяжении всего эксперимента гибели животных не наблюдалось. Изучение местного кожно-резорбтивного и кожно-раздражающего действия показало, что препарат не обладает кожно-раздражающим и кожно-резорбтивным действием; изучение влияния препарата на слизистые оболочки глаз экспериментальных животных – кроликах позволило установить, что «Супергумус» не обладает раздражающим действием на слизистые оболочки глаз. Изучение возможного кумулятивного эффекта препарата проводили в условиях 2-х месячного опыта. На протяжении всего эксперимента гибели животных не наблюдалось, в связи, с чем рассчитать коэффициент кумуляции не представилось возможным. Введение «Супергумуса» в организм экспериментальных животных не привело к изменению

биохимических показателей. На основании выше изложенного можно сделать вывод, что органоминеральное удобрение «Супергумус» не обладает кумулятивными свойствами.

Таблица 1

**Параметры токсичности
органоминерального удобрения «Супергумус»**

№ п/п	Параметры	Величина	Класс опасности
1.	Средне-смертельная доза (LD_{50}) мг/кг: - белые крысы - белые мыши - кролики	>5000,0 >5000,0 >5000,0	IV IV IV
2.	Местное кожно-раздражающее действие	отсутствует	
3.	Кожно-резорбтивное действие	отсутствует	
4.	Раздражающее действие на слизистые оболочки глаз	отсутствует	
5.	Сенсибилизирующее действие	отсутствует	
6.	Кумулятивные свойства препарата	не выражены	

Основным этапом санитарно-токсикологического исследования при гигиеническом нормировании вредных веществ в воде водоемов и пищевых продуктах является изучение хронической токсичности препарата. На основании данных проведенного хронического эксперимента было установлено, что наименьшая доза, при которой наблюдались статистически достоверные изменения биохимических показателей, которые после месячного восстановительного периода полностью нормализовались – 35,0 мг/кг, является пороговой. Наибольшая доза, при введении которой не отмечено статистически значимых изменений – 7,0 мг/кг веса животного, оценена нами как максимально-недействующая.

Проблема охраны водоемов в республике решается на основе научно-теоретической и экспериментальной разработки гигиенических нормативов, что способствует расширению и конкретизации современного водно-санитарного законодательства. Важность этого законодательства для практики и содержащихся в них нормативов определяется тем, что соблюдение этих нормативов создает безопасность для здоровья населения и благоприятные условия санитарно-бытового использования; позволяет судить в какой мере вредны и при каких условиях могут быть безвредными различные загрязнения водоемов или другие изменения состава и свойства воды, которые могут возникнуть под влиянием природных факторов. С целью нормирования минерального удобрения «Супергумус» проводили исследования по изучению влияния препарата на органолептические свойства воды в условиях модельных водоемов. Анализ полученных данных позволил разработать и рекомендовать предельно допустимую концентрацию (ПДК) препарата в воде водоемов на уровне – 3,0 мг/л.

С учетом результатов экспериментальных исследований, на основании методических подходов к нормированию вредных веществ в воздухе рекомендованы: предельно допустимая концентрация (ПДК) в атмосферном воздухе – 0,1 мг/м³, в воздухе рабочей зоны – 7,0 мг/м³. Разработаны и научно обоснованы гигиенические регламенты применения и нормативы препарата в объектах окружающей среды (табл. 2).

Таблица 2

**Гигиенические нормативы и регламенты применения
органоминерального удобрения «Супергумус» в сельском хозяйстве**

№ п/п	Показатель	Величина
1.	ПДК в воде водоемов, мг/л (лимитирующий признак – органолептический)	3,0 мг/л
2.	ПДК в атмосферном воздухе	0,1 мг/м ³
3.	ПДК в воздухе рабочей зоны	7,0 мг/м ³
4.	МДУ в хлопковом масле	«не допускается»

5.	МДУ в овощах	«не допускается»
6.	ОДК в почве	1,15 мг/кг
7.	Санитарно-защитная зона (ССЗ)	100 метров
8.	Сроки выхода на работу	3 суток

Натурные исследования проводились на полях Ташкентской области. Препарат разбрасывался по полю тракторными тележками, с нормой расхода 5 – 10 т/га, с последующим трехкратным боронованием, глубиной до 7 см. При изучении гигиены применения препарата, проводили исследования по определению степени загрязнения объектов окружающей среды, при применении «Супергумус». Результаты исследований показали, что при применении удобрения отмечалось незначительное загрязнение атмосферного воздуха и воздуха рабочей зоны. При условии соблюдения рекомендуемых регламентов безопасности применение удобрения «Супергумус» в сельском хозяйстве возможность вредного воздействия на окружающую среду и здоровья населения минимальна.

Выводы:

1. Органоминеральное удобрение «Супергумус» по параметрам острой токсичности относится к IV классу опасности (СанПиН РУз № 0321-15); не обладает раздражающим действием на кожные покровы и слизистые оболочки глаз; не обладает кумулятивными свойствами.

2. Разработаны и научно обоснованы гигиенические нормативы и регламенты применения препарата в объектах окружающей среды: ПДК в воде водоемов – 3,0 мг/л, ПДК в атмосферном воздухе – 0,1 мг/м³, ПДК в воздухе рабочей зоны – 7,0 мг/м³, ОДК в почве – 1,15 мг/кг, МДУ в хлопковом масле и овощах – «не допускается», санитарно-защитная зона (ССЗ) – 100 метров, сроки выхода на работу – 3 суток.

Литература.

- Искандаров Т.И., Романова Л.Х., Искандарова Г.Т. Комплексное нормирование пестицидов в объектах окружающей среды и их гигиенические нормативы // Монография. -Ташкент, 2014. -174 с.
- Методология комплексного и ускоренного нормирования пестицидов в объектах окружающей среды // Методологическое пособие. -Ташкент, 2014. -130 с.
- Методы анализа органического вещества почв // Методические рекомендации к изучаемой дисциплине. -Екатеринбург, 2008. -22 с.
- Гигиеническая классификация пестицидов по токсичности и опасности // СанПиН РУз № 0321-15. -Ташкент, 2015. -14 с.

УДК 340.626.1

АЛГОРИТМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ШЕЙНОГО ОРГАНОКОМПЛЕКСА

¹Т.М. Мардонов, ²С.И. Индиаминов, М.Р. Расулова

¹Самаркандский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы,

²Самаркандский государственный медицинский институт

Предложен алгоритм и этапы последовательности действий судебно-медицинских экспертов при выделении и исследовании повреждений шейного органокомплекса лиц погибших от различных внешних воздействий. Подчеркивается, что после выбора адекватного метода вскрытия нужно произвести на шее рассечение кожи и подкожной жировой клетчатки, пересечь лопаточно-подъязычные мышцы, отсечь от ключиц нижние концы грудинно-ключично-сосцевидных мышц, открыв доступ к надключичным впадинам, сосудисто-нервным пучкам и лимфатическим узлам, произвести удаление ключиц для исследования нервно-сосудистых структур, отпрепарировав по направлению вверх перерезанные внизу грудино-щитовидные и грудино-подъязычные мышцы обнажить шейный органокомплекс. Произвести тщательный осмотр и изъять органокомплекс для медико криминалистического исследования. Предложенный алгоритм исследования позволяет оценить механизм травмы этих структур.

Ключевые слова: шейный органокомплекс, повреждение, исследование, алгоритм, механизм травмы.

БЎЙИН АЪЗОЛАРИ КОМПЛЕКСИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ТЕКШИРИШ АЛГОРИТМИ

Турли ташқи таъсирлардан вафот этган шахсларнинг бўйин аъзолари комплексини ажратиб олиш ва жароҳатларини аниқлашда суд-тиббий экспертларнинг ҳаракатлари кетма-кетлиги алгоритми ва босқичлари таклиф этилган. Текширувнинг адекват усули танлагандан сўнг бўйин териси ва тери ости ёғ клетчаткасида кесма ўтказилиб, курак-тил ости мушакларини кесиш, курак-ўмров-сўргичсимон мушаклар пастки қисмини ўмров суягидан ажратиб кесиш, ўмров усти чуқурчалари, қон томир-асаб тутамлари ва лимфа тугунларига йўл очиш, асаб-қон томир структураларини текшириш учун ўмров суягини кесиш, пастки қисмидан кесилган

тўш-қалқонсимон ва тўш-тил ости мушакларини юқорига кўтариб бўйин органокомплексини очиш лозимлиги таъкидланади. Тўлиқ текширув ўтказиш ва органокомплексни тиббий - криминалистик тешириш учун олиниши лозим. Тавсия этилган текшириш алгоритми ушбу тузилмаларнинг шикастланиш механизмини баҳолаш имконини беради.

Калит сўзлар: бўйин аъзолари комплекси, жароҳат, алгоритм, жароҳат механизми.

ALGORITHM FOR STUDYING DAMAGE TO THE STRUCTURES OF THE CERVICAL ORGAN COMPLEX

The algorithm and stages of the sequence of actions of forensic medical experts in the identification and study of injuries to the cervical organ complex of persons who died from various external influences are proposed. It is emphasized that after choosing an adequate method of autopsy, it is necessary to dissect the skin and subcutaneous fat on the neck, cross the scapular-hyoid muscles, cut off the lower ends of the sternoclavicular-mastoid muscles from the clavicles, opening access to the supraclavicular cavities, neurovascular bundles and lymph nodes, remove the clavicles for the study of neurovascular structures, preparing the sternocleidomastoid cut at the bottom in the upward direction muscles to expose the cervical organ complex. Perform a thorough examination and remove the organ complex for medical and forensic research. The proposed research algorithm allows us to assess the mechanism of trauma of these structures.

Keywords: cervical organ complex, injury, research, algorithm, mechanism of injury.

Повреждения структуры шейного органокомплекса чаще всего наблюдаются при strangulation механической асфиксии (удавлении и повешении), тупой травме шеи, внутрисалонной автомобильной травме, а также при некоторых медицинских манипуляциях. Характер повреждений этих структур варьируют от незначительных микротравм до значительных, охватывающих нескольких элементов органокомплекса [3,7,8].

Визуальный осмотр, а также методы лучевой диагностики не всегда позволяют выявить наличия признаков повреждений в них. Особую сложность представляет исследование шейного органокомплекса в процессе судебно-медицинской экспертизы трупов. В то же время установление механизма образования повреждений шейного органокомплекса в совокупности с другими наружными и внутренними повреждениями позволяют выявить вид внешнего насилия [2,4].

В процессе практической работы судебно-медицинской экспертизы трупов для детального изучения состояний структур шейного органокомплекса производят забор у трупов шейного органокомплекса для медико-криминалистических исследований [5]. В соответствии с действующими стандартами для проведения диагностического медико-криминалистического исследования должны направляться объекты с повреждениями для определения механизма их образования [6].

Однако врачи судебно-медицинские эксперты общего профиля исследования трупов, недостаточно владеют техникой и методикой исследования шейного органокомплекса, что приводит к ятрогенным повреждениям, обусловленным «грубыми манипуляциями руками исследователя с подъязычной костью и щитовидным хрящом, особенно при их повышенной хрупкости в пожилом и старческом возрасте» [1,2].

Цель исследования. Разработать алгоритм действия врачей - экспертов по исследованию повреждений шейного органокомплекса.

Материалы и методы исследования. Изучены и проанализированы материалы медико-криминалистического отдела Самаркандского филиала РНПЦСМЭ по исследованию шейных органокомплексов за период 2016-2020 годов который показал, что поводами для назначения исследований нередко является установление целостности. Обстоятельствами происшествия являются различные виды механической асфиксии (повешение, удушение, утопление), тупая и острая травма, скоропостижная смерть; иногда указывается просто факт обнаружения трупа, так же направляются объекты, изъятые из трупов с процессами трансформативных и консервирующих изменений, при производстве эксгумации. При этом не учитывались соответствующие им наружные повреждения, а также повреждения самой подъязычной кости, щитовидного и перстневидного хрящей.

Результаты исследований и их обсуждение. Полученные статистические данные отображены в таблице №1 в разрезе общего объема выполненной работы, количества проведенных исследований, изучения шейного органокомплекса с подразделением на наличие повреждений, отсутствие нарушения целостности, а также ятрогенные повреждения.

Выявлено, что из общего числа направляемых для медико-криминалистического исследования объектов в 13,0% случаев изымается целиком комплекс гортани, в единичных случаях выделяются его части. При исследовании шейного органокомплекса в 13,4% случаев

подтверждается наличие травмы и устанавливается механизм происхождения повреждений, в 7,5% случаев отмечается сохранение целостности подъязычной кости, щитовидного и перстневидного хрящей, а в 79,1% случаев повреждения причиняются при производстве экспертизы трупа.

Таблица 1.

Структура исследований шейного органокомплекса по Самаркандской области за период 2016- 2020 гг.

Общее количество проведённых экспертиз и исследований	Общее количество проведённых исследований	Всего исследований шейного органо-комплекса		Повреждения					
				имеются		не имеются		причинены при экспертизе трупа	
				Количество	% от (2)	Количество	% от (3)	Количество	% от (3)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2016 год									
142	102	15	14,7	2	13,3	1	6,7	12	80,0
2017 год									
152	104	8	7,7	1	12,5			7	87,5
2018 год									
143	105	15	14,3	2	13,3			13	86,1
2019 год									
148	101	15	14,9	2	13,3	2	13,3	11	73,4
2020 год									
165	104	14	13,5	2	14,3	2	14,3	10	71,4
750	516	67	13,0	9	13,4	5	7,5	53	79,1

Применительно к секционному материалу В.А. Кодиным еще в 1974 году предлагалась методика исследования шейного органокомплекса, состоявшая из этапов [2]:

1. Предварительное исследование подъязычной кости и щитовидного хряща (до вскрытия);
2. Исследование в процессе секции трупа;
3. Исследование изолированного органокомплекса:
 - а) контактная рентгенография препаратов;
 - б) рентгенография с получением прямой увеличенной рентгенограммы;
 - в) непосредственная микроскопия.

I. Учитывая возможности современной медицины, первый этап, вместо предлагавшегося рентгенологического исследования шеи, по нашей технологии заменяется виртуальной аутопсией с использованием КТ и МРТ исследований. Технология виртопсии трупа состоит из:

- компьютеризированного сканирования поверхности тела с последующим трёхмерным моделированием поверхности тела, масштабированием и цветовой дифференцировкой. Служит дополнением к наружному исследованию трупа.
- Мультиспиральное КТ и МРТ, дополняющее внутреннее исследование трупа.
- Посмертная ангиография с использованием нагнетания контрастного вещества в сосудистое русло для определения состояния сердечно-сосудистой системы.
- Контролируемый компьютерной техникой забор материала в стерильных условиях для широкого диапазона дополнительных лабораторных исследований, заменяющий обычный способ изъятия объектов.
- Исследование детального изображения конкретных объектов или их частей [3].

II. Однако виртуальные и традиционные методы экспертизы трупа должны быть взаимодополняющими. Предварительно следует правильно выбрать метод секционного исследования, строго соблюдать правила и приёмы, а также требования полного, исчерпывающего и планомерного вскрытия [7]. Выбор из многочисленных методов секционного исследования остаётся за судмедэкспертом, который исходит из целей и задач перед ним поставленных.

Существуют немногочисленные методы вскрытия мягких тканей лица и шеи (И.И.Медведев, В.И.Витушинский, А.А.Солохин, Л.Томашко и другие), но в судебно-медицинской практике наиболее приемлемы методы И.И.Медведева и А.А.Солохина [4]. Выбрав метод вскрытия судебно-медицинский эксперт должен произвести на шее рассечение кожи и подкожной жировой клетчатки до поверхностных мышц и осмотреть их, затем пересечь лопаточно-подъязычные мышцы, отсечь от ключиц нижние концы грудинно-ключично-сосцевидных мышц и отвести их в стороны, открыв доступ к надключичным впадинам, сосудисто-нервным пучкам и лимфатическим узлам, произвести удаление ключиц для исследования сонных артерий и яремных вен до нижних отделов, осмотра подключичных сосудов, нервных плечевых сплетений, отпрепарировав по направлению вверх перерезанные внизу грудино-щитовидные и грудино-подъязычные мышцы обнажить щитовидную железу, гортань, трахею, проводя тщательное их исследование по мере погружения [1].

Для выделения шейного органокомплекса необходимо знание его анатомического строения, и следует строго придерживаться выбранной методики его исследования, желательна разработка единого подхода разделения объектов на случай вероятного нанесения дополнительного повреждения (рис.1).

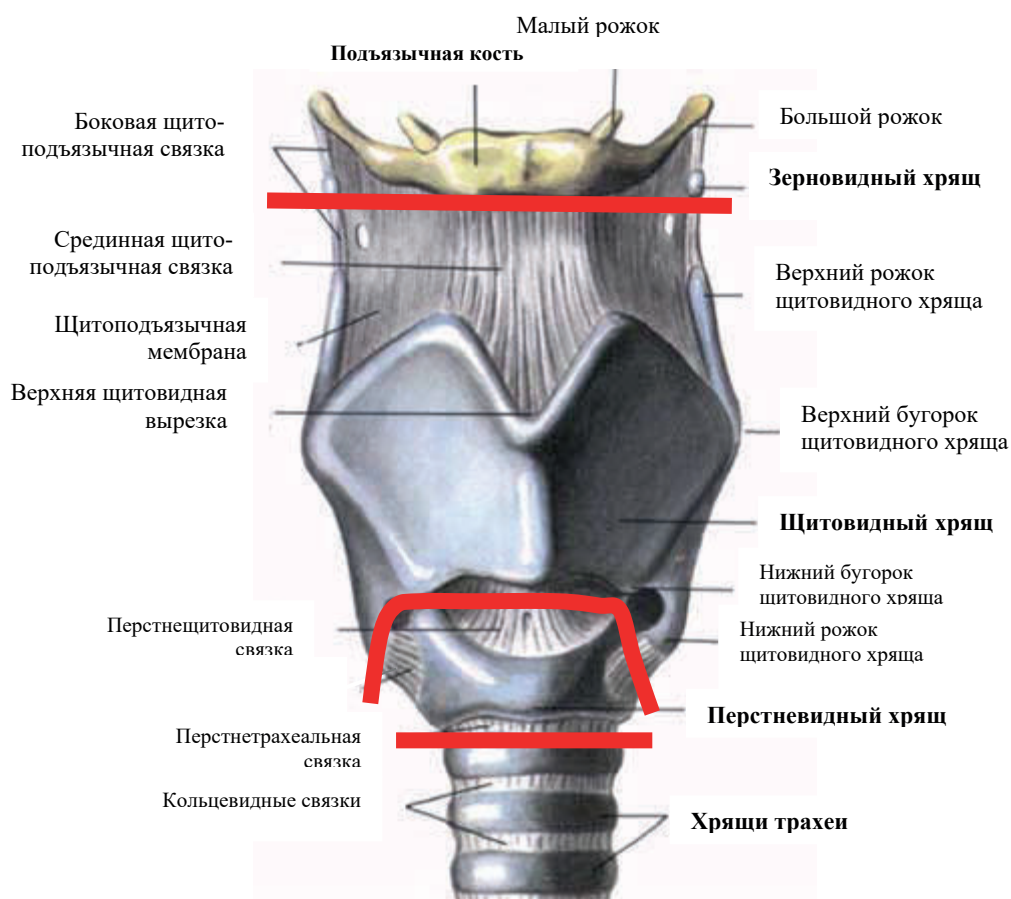


Рис.1. Соединение связками подъязычной кости, хрящей гортани, трахеи. Вид спереди. Линии разделения указаны красным цветом.

Поводом для исследования шейного органокомплекса является наличие повреждений, обнаруженных при наружном исследовании. При этом следует учесть, что кожный покров, вследствие большой прочности и эластичности, при воздействии под прямым углом не повреждается. Необходимо обследовать и подкожную жировую клетчатку, и мягкие ткани шеи, а в случае обнаружения их изменений, изымать для дополнительного гистологического исследования с целью установления прижизненности.

При выявлении повреждений на освобождённых от мягких тканей объектах шейного органокомплекса они должны быть описаны с указанием основных особенностей [2]:

- 1) точная анатомическая локализация;
- 2) вид повреждения;
- 3) степень сопоставления краёв повреждения;
- 4) ориентация плоскости излома на отломках;
- 5) контур края излома и его направление по отношению к анатомической оси кости;
- 6) трещины (их локализация, направление, форма, протяжённость, угол отхождения от края);
- 7) костные осколки (их локализация, размеры, форма и другое).

Все обнаруженные в результате исследования повреждения должны быть сфотографированы с соблюдением требований научной фотографии и отображены на схематическом изображении (рис.2).

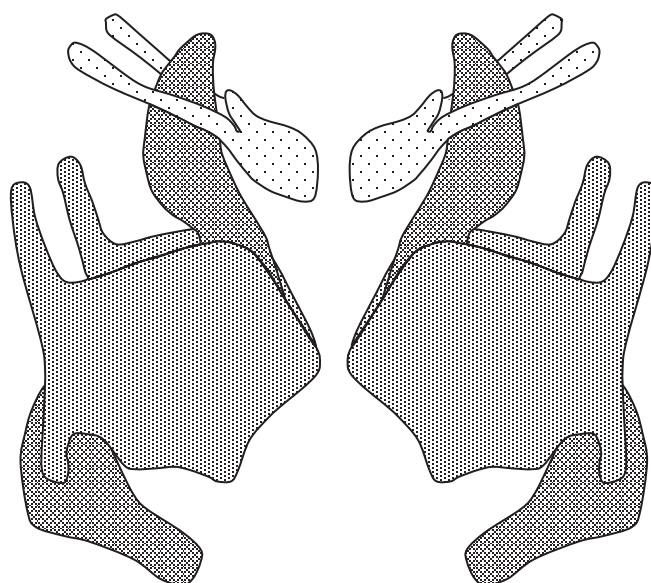


Рис.2.Схематические изображения справа и слева подъязычной кости, надгортанного, щитовидного и перстневидного хрящей для обозначения повреждений.

При наличии повреждений, в соответствии со стандартами, обязательному взятию подлежат кожа, части хрящей и кости с повреждениями, которые упаковываются, опечатываются и направляются в соответствующее структурное подразделение (медико-криминалистический отдел) вместе с заполненным специальным бланком (направлением), где указывается наименование государственного судебно-медицинского экспертного учреждения, кем и когда составлен данный направляющий документ, какие предметы и в упаковке какого характера и количества направляются, номер «Заключения эксперта» и дата забора материала, обстоятельства дела и подлежащие разрешению вопросы [6].

Выводы. Изложенный алгоритм охватывает все этапы последовательности действий по единому способу выделения и полного исследования шейного органоконплекса, фотографирования и фиксации повреждений на схематических изображениях в процессе судебно-медицинских исследований.

Литература.

1. Клепче И.К. Якушева М.Н. Значение особенностей анатомического строения подъязычной кости и хрящей гортани при определении механогенеза повреждений в случаях закрытой тупой травмы шеи // Мат. Всеросс. Съезда Судебных Медиков. - М.-Тюмень. - 2005. -С.140.
2. Козин В.А. – Судебно-медицинская характеристика переломов подъязычной кости и щитовидного хряща при некоторых видах внешнего насилия. – Владимир-1974.
3. Мезенцев А.А., Кононов Р.В. – Виртопсия как дополнение традиционной техники судебно-медицинских исследований (краткий обзор зарубежного опыта). Журнал «Судебная медицина».-2019.- Т.5.-№15.
4. Мишин Е.С.Использование метода диагностики повреждений подъязычной кости, хрящей гортани и трахеи при тупой травме шеи в бюро судебно-медицинской экспертизы Санкт-Петербурга//Труды научно–практической конференции с международным участием. - Москва. - 2016. -С.143-145.

5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан «Об утверждении правил производства экспертиз и исследований в различных подразделениях бюро судебно-медицинских экспертиз». - №153 от 1 июня 2012 года.
6. Стандарты производства судебно-медицинских экспертиз и исследований. – Приказ министерства здравоохранения Республики Узбекистан №82 от 04 марта 2015 года.
7. Индиаминов С.И., Асатулаев А.Ф. Актуальные аспекты судебно-медицинской экспертизы состояний странгуляционной механической асфиксии – повешения. Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана.-2021.-№2(103).- С.108-112.
8. Schaefer S.D. Management of acute blunt and penetrating external laryngeal trauma // Laryngoscope.-2014.-124(1).-С.233-44.

УДК:616.89-96;874

СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

Юлдашева М.Т., Палванова М.С. Холматова Ё.Н., Халилова О.С.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Работа посвящена изучению структурно - функциональных изменений слизистых оболочек трахеи и бронхов при воздействии вредных факторов внешней среды. Она проведена на экспериментальных животных - 54 крысах в тепличных условиях. Экспериментальные животные разделили на три группы .По результатам морфологических исследований авторы пришли к выводу, что изменения в слизистых оболочках трахеи и бронхов происходят в трех стадиях.

Ключевые слова: атмосферных загрязнений, структурно - функциональных изменений, трахея и бронх, вредные факторы.

ТАШҚИ МУҲИТНИНГ ЗАРАРЛИ ТАЪСИРЛАРИ НАТИЖАСИДА НАФАС ЙЎЛЛАРИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИДА ТАШКИЛИЙ-ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАР

Ўтказилган тажрибалар ташқи муҳит зарарли таъсири остида трахея ва бронхларнинг шиллиқ пардаларида структур-функционал ўзгаришларни ўрганишга бағишланган. Улар экспериментал хайвонларда-54 каламушларда иссиқхонада ўтказилди. Тажрибали хайвонлар уч гуруҳга бўлинди. Морфологик тадқиқотлар натижаларига кўра, муаллифлар трахея ва бронхларнинг шиллиқ қаватларидаги ўзгаришлар уч босқичда содир бўлади деган хулосага келишди.

Калит сўзлар: атмосфера бузилиши, ташкилий-функционал ўзгаришлар, трахея ва бронх, зарарли омиллар.

STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CHANGES OF THE MUCOSA OF THE RESPIRATORY TRACT UNDER EXPOSURE TO HARMFUL FACTORS OF THE EXTERNAL ENVIRONMENT

The work is devoted to the study of structural and functional changes in the mucous membranes of the trachea and bronchi under the influence of harmful environment factors. It was carried out on experimental animals - 54 rats in greenhouse conditions. Experimental animals were divided into three groups. According to the results of morphological studies, the authors concluded that changes in the mucous membranes of the trachea and bronchi occur in three stages.

Key words: atmospheric pollution, structural and functional changes, trachea and bronchus, harmful factors.

Актуальность проблемы. В последнее время на основе анализа риска здоровью, гармонизации нормативов атмосферных загрязнений в большинстве ведущих стран мира и в международных организациях все большее внимание уделяется вопросам предотвращения вреда, наносимого здоровью человека и окружающей природной среде загрязнением атмосферного воздуха. Более того, целый ряд токсических аэрозолей с высоким классом опасности оказывает общее отравляющее действие на организм. При этом, воспалительные процессы в легких развиваются как и токсический синдром от воздействия органической пыли [2, 4]. Серьезные повреждения легких наблюдаются при воздействии больших доз токсических веществ. Острые токсические поражения дыхательных путей (ОТПДП) могут быть вызваны ингаляцией различных газов, которые используются на объектах в открытых и закрытых условиях в дозах, превышающих предельно допустимые концентрации [1, 5]

.Как правило, раздражающие и аккумулялирующие токсические вещества оказывают кратковременное воздействие. При этом происходит массивное повреждение клеток воздухоносных путей и паренхимы легких [5], а также аллергические реакции слизистых оболочек дыхательных путей.

В месте с тем, широко используемые инсектициды, отличается друг от друга по химическим структурам и физико-химическим свойствам.

По данным многочисленной опубликованной в последние годы литературы, отмечены патоморфологические изменения слизистой оболочки при аллергических реакциях под воздействием ежедневного пылевого фактора (2). При заболеваниях БА выявлено увеличение объема плотности покровного эпителия и базальных эпителиоцитов, а также увеличивается объем бокаловидных клеток. Вместе с тем, несмотря на многочисленные исследования, вопросы морфофункциональных изменений стенки дыхательных путей при воздействии широко используемых инсектицидов, остаются недостаточно изученными [3, 4].

Острые токсические поражения дыхательных путей (ОТПДП) могут быть вызваны ингаляцией различных газов, содержащих инсектициды, которые используются на объектах (садоводствах и овощеводствах) в открытых и закрытых условиях в дозах, превышающих предельно допустимые концентрации [4].

Как правило, раздражающие и аккумулирующие токсические вещества оказывают кратковременное воздействие. При этом происходит массивное повреждение клеток воздухоносных путей и паренхимы легких [5].

К раздражающим веществам, действующим на дыхательную систему, относят те соединения, которые после аккумуляции инсектицидов вызывают аллергические реакции слизистых оболочек дыхательных путей [2].

Цель и задачи. Изучить морфофункциональные изменения слизистой оболочки трахеи и бронхов при аэрозольном воздействии токсических веществ.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования проводились на 54 крысах- самцах весом 180-220 граммов.

1. Объектом эксперимента служили 10 интактных крыс, которые находились на местах без использования аэрозольных токсических веществ, и 44 экспериментальных животных, которые находились во время применения аэрозольной обработки в овощеводстве и садоводстве.

2. У интактных и экспериментальных животных изучали слизистые оболочки трахеи и бронхов общим гистологическим и гистохимическим методом. Методом выбора был гематоксилин – эозин и ШИК реакция.

Результаты исследования. Результаты наших экспериментальных исследований, проводимых на 10 контрольных крысах, показали, что слизистые и подслизистые оболочки трахеи и бронхов были выстланы многорядным эпителием с тонкой базальной пластинкой. В начальном периоде (с 3-15 день после отравления) наблюдается выраженная аллергическая реакция в виде расширения мелких кровеносных сосудов, отёк эпителиальных клеток, увеличение бокаловидных клеток слизистой оболочки трахеи и бронхов. Выше-указанные патоморфологические изменения углубляются во втором -остром периоде (с 15-30 дни) в условиях загрязнения воздуха при применении инсектицидов в садоводстве и фруктовых садах. В этом сроке в слизистых и подслизистых оболочках отмечались более глубокие патоморфологические изменения в виде гипертрофии слизистых оболочек, подэпителиальный отек и стаз мелких сосудов с инфильтрацией, сопровождающейся утолщением соединительных тканевых волокон, наряду с этим наблюдается увеличение размеров лимфоидных фолликулов, находящихся в подслизистой основе и усиление секреции бокаловидных клеток с увеличением их количества. В третьем периоде исследования (30-60 дней) у экспериментальных животных в слизистой оболочке трахеи и бронхов (междолевой и сегментальной) выявлены серьезные изменения, особенно в междолевых и мелких бронхах. При этом отмечалась гиперплазия эпителиальных клеток складок слизистой оболочки, в том числе местами выявлено сужение просвета артериальных сосудов, уменьшение количества бокаловидных клеток, которое приводит к снижению секреции. Все перечисленные патоморфологические изменения слизистых оболочек привели к атрофическому процессу.

Выводы. Таким образом, по результатам полученных данных, патоморфологические изменения слизистой разделили на три периода:

1-й период - реактивные изменения (3-15 дней эксперимента) проявляются в виде аллергической реакции с сопровождением отека эпителиальных клеток и базальной мембраны, расширением мелких кровеносных сосудов.

2-й период. В этом периоде выявлены структурно- функциональные изменения (15-30 дней) слизистой оболочки трахеи и бронхов экспериментальных животных, подэпителиальный отек, местами встречаются отторжения эпителиальных пластов. Инфильтрация с выходом форменных элементов крови (лейкоцитов, лимфоцитов), увеличение количества бокаловидных

клеток, которое сопровождается утолщением складок.

3-й период. Компенсаторно - приспособительная реакция слизистой оболочки - исследование на 30-60 дни. В этом периоде в слизистых и под-слизистых оболочках отмечалось уменьшение толщины слизистой оболочки, а также уменьшение количества бокаловидных клеток, гипоплазия эпителиальных клеток, которые приводят к атрофии слизистых оболочек междольковых бронхов.

Литература.

1. Геренг Е.А. Структурно-функциональные изменения в слизистой оболочке бронхов при хронических воспалительных заболеваниях. Бюллетень со РАМН, № 5 (139), 2009. - с 35-39
2. Ищенко О.П. Собко Е.А. Морфологические изменения слизистой оболочки бронхов при различных формах тяжелой бронхиальной астмы. 2013. Бюллетень -№49. Стр. 24-29
3. Оганесян Е.А. Понамаренко М.В. Морфологические изменения трахеи, бронхов, и легких у мышей при длительном воздействии химических веществ, присутствующих в воздушной среде пилотируемых космических аппаратов. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П.Павлова 2013. №3.
4. Умбетова Л.Ж. изменения слизистой оболочки при хронических заболеваниях органов дыхания у детей, проживающих в условиях загрязнения атмосферного воздуха. Вестник. КАЗН МУ, 2012 №2 Стр. 132-134
5. Хамракулова М.А., Садиков А.У., Убайдуллаева Н.Ф. Особенности воздействия на организм химических и физических факторов и методы профилактики, лечения введением биологически активных веществ // Методические рекомендации. Ташкент, 2016. 15 с.

УДК: 616.379-008.64:617.75

ИТЛАРДА ОЁҚ АМПУТАЦИЯСИДАН СЎНГ ТАЖРИБАНИНГ 60 ВА 90 КУНЛАРИДА МИЯЧА ЧУВАЛЧАНГИ НИШАБ БЎЛАГИ ГАНГЛИОНАР ҚАВАТИНИ ДИНАМИКАДА МОРФОЛОГИК ВА МОРФОМЕТРИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Ахмедов У.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ушбу тадқиқотда сут эмизувчи хайвонлардан итларни мијачаси чувалчангидаги нишаб бўлаги пўстлоғи ганглионар қаватини морфология ва морфометрияси ўрганилди. Итлар орқа оёғи ампутиациясидан кейин динамикада мијача чувалчанги нишаб бўлаги пўстлоғи ганглионар қавати микроскопда текширилганда назорат гуруҳига нисбатан тажрибанинг 60 кунда бу қаватда хужайралар сони камайганлиги, 90 кунда эса хужайралар сони ортиб бориши, лекин назорат гуруҳидагидан оз холатдалиги аниқланди. Бу қаватнинг қалинлиги эса бироз ортганлиги ва Пуркинье хужайраларини диаметрларида ҳам ўзгаришлар кузатилди.

Калит сўзлар: мијача чувалчанги нишаб бўлаги, итлар, мијача пўстлоғи, чувалчанг, ампутиация, ганглионар қават, Пуркинье хужайраси.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ДИНАМИКЕ ГАНГЛИОНАРНОГО СЛОЯ ДОЛЬКИ СКАТА ЧЕРВЯ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НОГИ У СОБАК НА 60 И 90 СУТКИ ЭКСПЕРИМЕНТА

В данном исследовании морфология и морфометрия ганглионарного слоя дольки ската червя мозжечка собаки, млекопитающего животного, была изучена. После ампутации задней ноги у собак при исследовании под микроскопом ганглионарного слоя дольки ската червя мозжечка на 60 сутки наблюдалось уменьшение количества клеток в этом слое по сравнению с контрольной группой; на 90 сутки количество клеток возросло, но их было меньше чем в контрольной группе.

Толщина этого слоя была немного увеличена, наблюдались изменения диаметра клеток Пуркинье.

Ключевые слова: долька ската червя мозжечка, собаки, кора мозжечка, червь, ампутиация, ганглионарный слой, клетка Пуркинье.

MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC CHANGES IN THE DYNAMICS OF THE GANGLIONIC LAYER OF THE CEREBELLUM WORM DECLIVE PART AFTER LEG AMPUTATION IN DOGS ON THE 60TH AND 90TH DAYS OF EXPERIMENT

In this study, the morphology and morphometric changes of the ganglionic layer of the declive part of the cerebellum worm of a dog, a mammal animal have been studied. After amputation of back leg in dogs, microscopic examination of the ganglionic layer of the declive part of the cerebellar worm on the 60th day showed a decrease in the number of cells in this layer compared to the control group; on the 90th day, the number of cells increased, but there were fewer of them than in the control group.

The thickness of this layer was slightly increased, and changes in the diameter of Purkinje cells have been observed.

Key words: declive part of the cerebellum, dogs, cerebellar cortex, worm, amputation, ganglionic layer, Purkinje cell.

Долзарблиги. Асаб касалликлари патогенезида марказий нерв тизими ва компенсатор-мосланиш жараёнлари механизмларини ўрганишда нафақат бош мия пўстлоғи, балки бош миянинг экстрапирамидал марказлари, яъни : думли ва нўхатсимон ядролар, ўрта миянинг қизил ядроси, узунчоқ мия ядролари, миячанинг Пуркинье хужайрасини ўрганиш бўйича бир қатор ишлар олиб борилган. Маълумки, экстрапирамидал тизим филогенез бўйича қадимги тузилмалар ҳисобланади ва ҳаракат-тонуслар фаолиятини бошқаради. Ҳайвонларда пирамидал тизим пайдо бўлгандан кейин, экстрапирамидал бошқарув мушакларнинг тартибли қисқаришини амалга ошириб бошлайди. Бош мия ярим шарлари назорати остида экстрапирамидал тизим олий даражадаги шартсиз рефлексларни амалга ошириб, мушаклар ҳаракатида автоматик бошқарувни тартибга солади.

Охирги йилларда аксарият олимларнинг кўрсатишича инсон танаси ҳаракатланиш тизими бузилишида миячанинг қайта тикланиш ва ўрин тўлдириш фаолияти муҳим ҳисобланади. Бу ҳақидаги тадқиқотлар асосан клиник белгиларга бағишланган, лекин бу жараёнларнинг морфологик асослари кам ўрганилган.

Тадқиқотимизда итларда оёқ ампутациясидан кейин 60 ва 90 кунларида мияча чувалчанги нишаб бўлаги пўстлоғининг ганглионар қаватининг қайта тикланиш ва ўрин тўлдириш жараёнларига хос морфологик ва морфометрик ўзгаришларни, оёқ ампутациясига жавобан морфологик ва морфометрик ўзгаришларини баҳолашни такомиллаштирилдан иборат. Мияча чувалчанги нишаб бўлагида ривожланадиган қайта тикланиш ва ўрин тўлдириш жараёнларига хос морфологик ва морфометрик ўзгаришларнинг пайдо бўлиш даври ва репаратив регенерацияни намоён қилувчи жиҳатларини таққослаш алоҳида аҳамият касб этади.

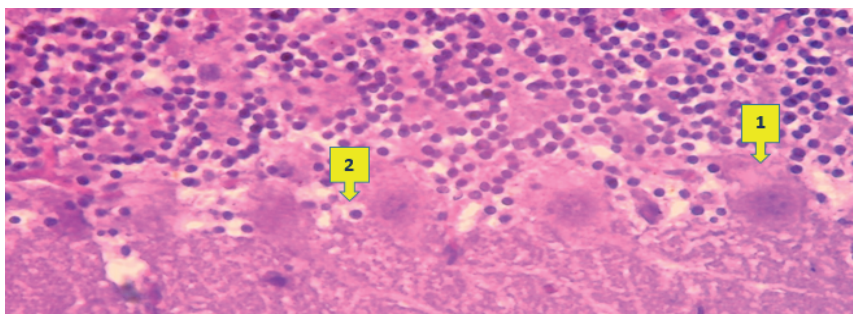
Юкорилагиларни ҳисобга олган ҳолда илмий тадқиқотда асосий мақсад қилиб мияча чувалчанги нишаб бўлаги пўстлоғини ганглионар қаватининг итларда оёқ ампутациясидан кейин 60 ва 90 кунларида морфологик ва морфометрик ўзига хос ўзгаришларни ўрганишларни олдимизга мақсад қилиб олдик.

Материал ва усуллар. Тадқиқотни амалга ошириш учун 9 дан 15 кггача бўлган зотсиз 15 та итлар олинди. Бу итлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳга, яъни назорат гуруҳи учун бешта ва икинчи гуруҳга ўн та итлар олинди. Бу иккинчи гуруҳда олинган итларни орқа оёғида Пирогов бўйича уч босқичли ампутация амалиёти бажарилди. Тадқиқотнинг объекти сифатида назорат гуруҳидаги ва ампутация амалиёти ўтказилган барча итлар қонсизлантириш усулида декапитация қилинди. Шундан сўнг итларни боши трепанация қилиниб мияча олинди. Тадқиқотнинг предмети сифатида тажриба ҳайвонларда (итларда) орқа оёқ ампутациясидан кейин мияча чувалчанги нишаб бўлагида юз берадиган репаратив жараёнларининг морфологик белгиларини таҳлил қилиш учун мияча чувалчангини нишаб бўлаги олинди. Тадқиқотларда клиник, микроскопик, морфологик ва морфометрик, радиоавторасм, статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилган.

Олинган натижалар ва муҳокамалар. Итларда оёқ ампутацияси амалиёти ўтказилгандан кейин 60-кунда мияча чувалчанги пўстлоғининг деярли барча қатламларида шиш жараёни сўрилиб йўқолганлиги, фақат ганглионар ва донали қаватларида кам миқдордаги шиш оралиқ моддасида майда ўчоқли вакуоалар кўринишида сақланиб қолганлиги кузатилади. Лекин, оралиқ моддада шиш бўлгани билан Пуркинье хужайралари нисбатан анча йириклашганлиги кузатилади (1-расмга қаранг).

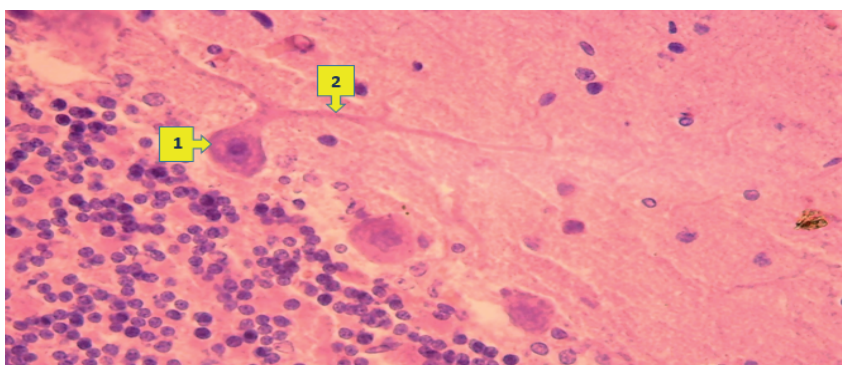
Айниқса бу нейронларнинг цитоплазмаси кенгайиб, атрофга ўсимталар пайдо қилиб, эозин билан бир текис бўялганлиги аниқланади. Ядролари ҳам гипертрофияланиб йириклашганлиги, таркибида хроматини кўпайганлиги, айримларида ядроча пайдо бўлганлиги кузатилади. Пуркинье нейронларнинг молекуляр қаватга тарқалган дендрит ўсимталари нисбатан қалинлашган, лекин, япроқ бўлагидагига нисбатан юқароқ толалардан иборат.

Тажрибанинг бу даврида мияча чувалчанги пўстлоғида кам миқдорда шиш сақланиб қолгани билан, нейронларида компенсатор жараёнларга хос ўзгаришлар пайдо бўлганлиги кузатилади. Пуркинье нейронлар тажрибанинг олдинги даврларига қараганда ўз шаклини тиклаганлиги, цитоплазмасида эозинофил модданинг кўпайганлиги, ядроси гипертрофияланиб, гиперхромазияланганлиги аниқланади (2-расмга қаранг).

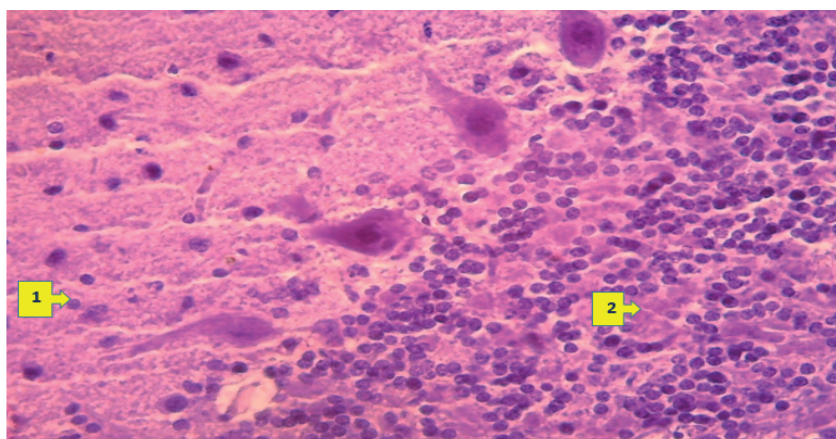


1-расм. Итлар орқа оёғи ампутацияси, 60-кун. Нишаб бўлак пўстлоғи ганглионар қават Пуркинье нейронлар гипертрофияланган (1), глияларда перицеллюляр шиш (2) сақланиб қолган. Бўёқ: Г-Э. X: 10x40.

Ганглионар қаватда Пуркинье нейронлар орасида донали қаватнинг горизонтал нейронлари ўрин эгаллаганлиги, улар орасида глияларнинг кўпайганлиги кузатилади. Гистокимёвий текширув усули шуни кўрсатдики, тажрибанинг 60-кунига келиб, нишаб бўлаги барча қаватлари нейронларида, шу қаторда ганглионар қаватда ҳам хроматофил модда миқдори кескин камайиб кетиши кузатилди (3-расмга қаранг).



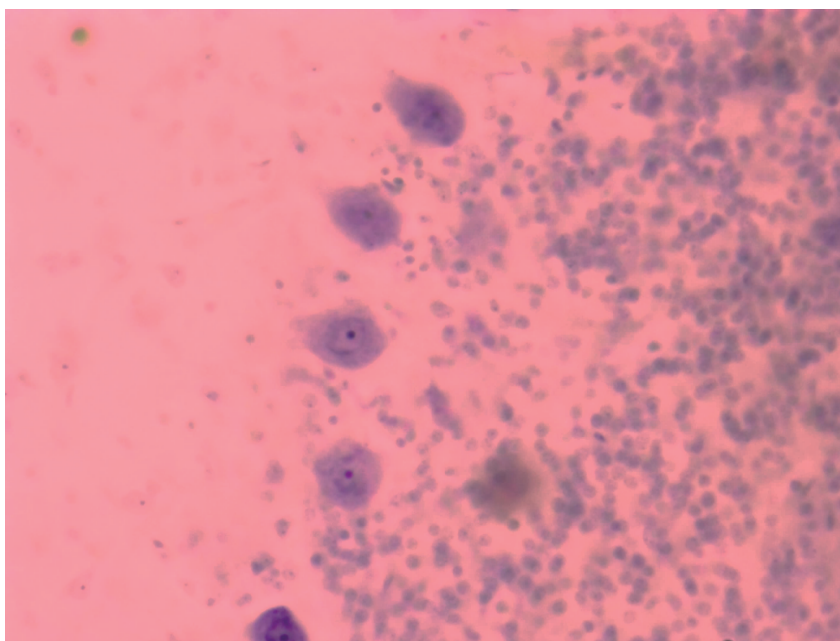
2-расм. Итлар орқа оёғи ампутацияси, 60-кун. Нишаб бўлак пўстлоғи Пуркинье нейронлар гипертрофияси (1), дендритли толаларининг қалинлашиши (2). Бўёқ: Г-Э. X: 10x40.



3-расм. Итлар орқа оёғи ампутацияси, 60-кун. Нишаб бўлак пўстлоғи барча қатламларида глиоз (1) ривожланган, Пуркинье нейронлари гипертрофияланган, донали қаватда оралиқ модда (2)кўпайган. Бўёқ: Г-Э. X: 10x40.

Айниқса ганглионар нейронлар цитоплазмаси тажрибанинг олдинги даврларига нисбатан кенгайган бўлсада, унда хроматофил модда камлиги, майда донадор кўринишдалиги аниқланади.

Тажрибанинг 90-кунда миёча чувалчанги нишаб бўлаги пўстлоғида шиш ва деструктив ўзгаришлар деярлик тўлиқ сўниб, компенсатор ва ўрин тўлдириш жараёнлари юзага чиққанлиги кузатилади. Бу бўлакнинг барча қатламларида кўзга ташланадиган ўзгаришлардан асосийси, бу глиоз жараёни ҳисобланади, яъни молекуляр қаватда кўпроқ, ганглионар ва донали қаватларида камроқ даражада глиал хужайраларнинг гиперплазияланиб, кўпайганлиги аниқланади. Глиялар ядролари нейронлар ядроларига нисбатан тўқроқ, яъни гематоксин билан меъёрдан кўпроқ бўялганлиги кузатилди. Пуркинъе нейронлар тажрибанинг олдинги даврдагиларга нисбатан анча йириклашган, цитоплазмаси эозин билан тўқ бўялган, ядроси гипертрофияланган ва таркибида хроматини кўпайган, айрим нейронларда ядроси ноаниқ шаклда. (4-расмга қаранг).



4-расм. Итлар орқа оёғи ампутацияси, 60-кун. Нишаб бўлак пўстлоғи барча қаватлари нейронларида хроматофил модда миқдорининг кескин камайиши. Бўёқ: Ниссл усули. X: 10x40.

Донадор қаватнинг горизонтал нейронлари бироз йириклашиб, ганглионар қаватга сурилган ва Пуркинъе нейронлар оралиғини тўлдирган.

Шуни таъкидлаш жоизки, итлар орқа оёғи ампутациясидан кейин динамикада миёча чувалчанги нишаб бўлаги пўстлоғида бошқа бўлақларидаги каби тажрибанинг 60- ва 90-кунларига келиб барча қаватларида нейронлар гипертрофияланиб, гиперхромазияга учраганлиги, оралиқ моддада толали тузилмалар кўпайиб, эозинофил бўялганлиги ва глиал хужайраларнинг кўпайишидан тарқоқ ҳолдаги глиоз ривожланганлиги кузатилди.

Итларда орқа оёқ ампутациясидан кейин динамикада миёча чувалчанги нишаб бўлаги пўстлоғи ганглионар қаватининг хужайравий таркибининг морфометрик кўрсаткичлари.

Микропрепаратларда морфометрик санашлар шуни кўрсатдики, миёча чувалчанги нишаб бўлаги ганглионар қават қалинлиги назорат гуруҳи ҳайвонлари миёчасида $42,6 \pm 0,74$ мкмни ташкил қилган бўлса ҳайвонлар орқа оёғи ампутациясидан кейинги 60-кунда тўқимада шиш жараёни ривожланиши ҳисобига $42,4 \pm 1,12$ мкмгача бир оз юқалашганлиги, тажрибанинг охириги даврларига келиб, бу қатлам структур бирликларида компенсатор жараёнларнинг авж олишидан, тажрибанинг 90-кунда $45,2 \pm 1,23$ мкм, яъни, меъёрдагидан ҳам қалин тортганлиги кузатилди (1-жадвалга қаранг). Шу ўзгаришларга монанд равишда ганглионар қаватдаги нейронлар сони ҳам мутоносиб равишда ўзгариб борганлиги кузатилди. Агар назорат гуруҳида нейронлар сони $9,8 \pm 0,7$ тани ташкил қилган бўлса, тажрибанинг 60 кунигача камайиб борганлиги, тажрибанинг охириги даврларида яна қайтадан кўпайиб борганлиги, 90-кунда $8,2 \pm 0,7$ тагача етганлиги аниқланади.

Ганглионар қават Пуркинье хужайралар ўлчами, яъни хужайранинг кенг диаметри ва кичик диаметри деярли бир хил даражада ўзгариб борганлиги кузатилди. Бу нейронларнинг ўлчамлари тажрибанинг охиригидан даврларида катталашиб, ҳатто назорат гуруҳи кўрсаткичларидан ҳам катталашганлиги, яъни 90-кунда нейроннинг кенг диаметри $46,6 \pm 3,23$ мкмгача, кичик диаметри $35,6 \pm 2,7$ мкмгача катталашиб борганлиги аниқланди (1-жадвалга қаранг).

1-жадвал.

Итлар орқа оёғи ампутациясидан кейин динамикада миёча чувалчанги нишаб бўлаги пўстлоғи ганглионар қаватининг морфометрик кўрсаткичлари

Тажриба кунлари	40х объектда хужайралар сони	Ганглионар қават қалинлиги, мкм	Пуркинье хужайра кенг диаметри, мкм	Пуркинье хужайра кичик диаметри, мкм	Пуркинье хужайра ядроси диаметри, мкм	Ядро – цитоплазматик нисбат
Назорат	$9,8 \pm 0,7$	$42,6 \pm 0,74$	$38,6 \pm 2,6$	$28,7 \pm 1,8$	$19,3 \pm 1,4$	0,5
60	$6,5 \pm 0,6$	$42,4 \pm 1,12^{**}$	$38,7 \pm 2,8$	$31,5 \pm 2,5^{**}$	$20,4 \pm 2,4^{**}$	0,52
90	$8,2 \pm 0,7$	$45,2 \pm 1,23$	$46,6 \pm 3,23$	$35,6 \pm 2,7$	$21,5 \pm 2,2$	0,46

Изоҳ: * - $P \leq 0,05$ назорат гуруҳига нисбатан ишончлилик даражаси; ** - $P \leq 0,01$ назорат гуруҳига нисбатан ишончлилик даражаси

Пуркинье нейрон ядро диаметри назорат гуруҳида $19,3 \pm 1,4$ мкмни ташкил қилган бўлса, тажрибанинг 90-кунига келиб назорат гуруҳидагидан ҳам катта, $21,5 \pm 2,2$ мкмгача етганлиги аниқланди. Ганглионар нейронлар ядро-цитоплазматик нисбатида ҳам сезиларли даражадаги ўзгаришлар кузатилди. Назорат гуруҳида бу кўрсаткич 0,5 га тенг бўлса, тажрибанинг 60 кунига 0,52 га ортанлиги, 90-кунга келиб камайганлиги ва 0,46 ни ташкил қилганлиги кузатилди.

Хулоса:

1. Оёқ ампутациясидан сўнг итларда миёча чувалчанги нишаб бўлагида ганглионар қаватнинг қалинлиги тадқиқот давомида ортанлиги, 90 кунга борганда қалинлашгани кузатилди.

2. Миёча чувалчанги нишаб бўлаги ганглионар қаватида хужайралар сони тажрибанинг 60 кунига озайганлиги, 90 кунга бориб эса бироз ортанлиги, лекин назорат гуруҳидаги кўрсаткичдан озлигича колганлиги аниқланди.

3. Тажрибада Пуркинье хужайраларининг кенг ва кичик диаметри ортиб борганлиги кузатилди.

4. Пуркинье хужайраларининг ядросини диаметри ортанлиги аниқланди.

5. Ганглионар нейронлар ядро цитоплазматик нисбати тажрибанинг 60 кунига ортанлиги, 90 кунда эса камайганлиги аниқланди.

Адабиётлар.

1. Ахмедов Р. Л. Межполушарная асимметрия нейронов и цитоархитектоника коры мозжечка у плодов и новорожденных: научное издание / Р. Л. Ахмедов, А. Л. Парпихаджаева // Неврология. - Ташкент, 2014. - Том 58 N2H9014. - С. 41
2. Ахмедов У.Б. Морфологические изменения в динамике после ампутации ног в листовом отделе червя мозжечка у собак // Re-health. ISSN 2181-0443 DIO: 10.24411/2181-0443. - Анджон, 2020, №1. - С. 96–110.
3. Улугбекова Г.Ж., Влияние ампутации конечности у собаки на изменения толщины слоёв коры мозжечка // Г. Ж. Улугбекова, А.И. Хатамов // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2006. – № 2. – С. 69.
4. Улугбекова Г.Ж., Рахмонов Р.Р., Убайдуллаев Р.Л. Морфологические изменения коры мозжечка после травмы // Монография. LAP LAMBERT Academi Publishing. 2020
5. Цехмистренко Т. А. Постнатальные изменения толщины коры и слоев в разных топографических отделах мозжечка человека : научное издание / Т. А. Цехмистренко, В. И. Козлов, Н. А. Черных // Морфология. - СПб, 2009. - Т.136 N4. - С. 148-149
6. Israilov R., Akhmedov U., Rasulova D., Ermatov N. Morphologi and morphometri of molecular layers of the

УДК: 615-24;789

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ COVID-19-АССОЦИИРОВАННОЙ КОАГУЛОПАТИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ПРОВИЗОРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**Умурзаков З.Б., Саидахмедов Ш.О., Хайдаров С.А., Махмудов Н.И., Хомидов М.Э.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Авторами изучены показатели коагулограммы 1836 пациентов провизорного отделения стационара ФФРНЦЭМП. По принятым национальным стандартам больным выполняли тесты коагулограммы: АЧТВ/АПТВ(сек), протромбиновое время (ПВ, сек) и протромбиновый индекс (ПТИ, %) по Quick. В результате мониторинга коагулологических показателей у больных коронавирусной инфекции, отмечены, что выбора тактики ведения пациента, антикоагуляционной и/или антиагрегантной терапии необходимо опираться не только на стандартные рекомендации, но и на результаты последних метаанализов и международных клинических рекомендаций.

Ключевые слова: коагулограммы, коагулопатия, фибриноген, антикоагуляционной и антиагрегантной терапия.

ПРОВИЗОР БЎЛИМИ МАТЕРИАЛЛАРИ АСОСИДА COVID-19- БИЛАН КОАГУЛОПАТИЯНИ БИРГА КЕЛИШ ДИНАМИКАСИ

Коронавирус певмонияси билан касалланган 1836 беморларда қоннинг коагулограммаси кўрсаткичлари : протромбин вақти, (ПВ, сек) ва протромбин индекс (ПТИ, %) Quick усулида ўрганилган. Лаборатория тахлиллари натижасида коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларни даволаш жараёнида антикоагулянт ва антиагрегант дориларни қўлланилиши коагулограмма кўрсаткичларини тахлилига асосланиши кераклиги кўрсатиб ўтилган .

Калит сўзлари: коагулограмма, коагулопатия, антикоагулянт, фибриноген антиагрегант терапия.

DYNAMICS OF COVID-19-ASSOCIATED COAGULOPATHY INDICATORS BY PRODUCTION DEPARTMENT MATERIALS

The authors studied the coagulogram parameters of 1836 patients of the provisional department of the Fergana hospital. According to accepted national standards, patients underwent coagulogram tests: APTT / APTT (sec), prothrombin time (PT, sec) and prothrombin index (PTI, %) by Quick. As a result of monitoring coagulological parameters in patients with coronavirus infection, it was noted that the choice of patient management tactics, anticoagulation and / or antiplatelet therapy should be based not only on standard recommendations, but also on the results of recent meta-analyzes and international clinical guidelines.

Key words: coagulogramms, coagulopathy, fibrinogen, anticoagulation and antiplatelet therapy.

Введение. COVID-19 –это заболевание, вызываемое новым коронавирусом SARS-CoV-2. У большинства пациентов с COVID-19 развиваются симптомы респираторной инфекции, у некоторых из них они утяжеляются до более тяжелого системного заболевания, характеризующегося устойчивой лихорадкой, острым повреждением легких с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), полиорганной недостаточностью, шоком и высокой летальностью.

Из общего числа заболевших около 20% пациентов нуждаются в госпитализации, 2–26% – в интенсивной терапии, 1–30% – в искусственной вентиляции легких и 3% – в заместительной почечной терапии [1, 3–5]. Другой особенностью COVID-19 является выраженный протромботический статус, сопровождающийся большим количеством тромботических событий, в особенности венозных тромбозомболических осложнений (ВТЭО), о чем было сообщено уже в первых публикациях из Китая [6, 7]. Позже это явление назвали «COVID-19-ассоциированная коагулопатия» [8].

У многих пациентов с COVID-19 из них нарушения системы свертывания крови, напоминающие другие системные коагулопатии, такие как диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС) и тромботические микроангиопатии (ТМА).

Другим очень важным открытием у пациентов с тяжелым течением COVID-19 является склонность к тромбозомболическим осложнениям в венозной и артериальной системах. Особое внимание было обращено на тромботические осложнения в легочном круге кровообращения (внутрисосудистая легочная коагулопатия), что повысило роль лабораторных исследований в её диагностике.

Наиболее характерным отклонением от нормы в исследовании гемостаза у пациентов

с COVID-19 отмечались в показателях АЧТВ, фибриногена и протромбинового времени (ПВ). Впервые о ведущей роли нарушений в системе гемостаза при COVID-19 сообщили G. Landoni и соавт., предположив, что у пациентов в основе острого повреждения легких лежит воспалительная реакция («цитокиновый шторм») и микрососудистый тромбоз, был предложен термин **Micro CLOTS** (microvascular COVID-19 lung vessels obstructive thromboinflammatory syndrome) в качестве нового названия для COVID-19 [1]. Далее было показано, что развитие тромбовоспалительного синдрома возможно не только в эндотелии легких, но идет и повреждение сердца, почек, кишечника и других жизненно важных органов, что и приводит к полиорганной недостаточности, способствуя развитию летального исхода [2-4].

Материалы и методы. Изучены показатели коагулограммы 1836 пациентов провизорного отделения стационара ФРНЦЭМП. Число мужчин 961(52,3%), женщин 875(47,6%). По принятым национальным стандартам больным выполняли тесты коагулограммы: АЧТВ/АПТВ(сек), протромбиновое время (ПВ, сек) и протромбиновый индекс (ПТИ, %) по Quick, стандартизированным по международному индексу чувствительности (МИЧ 1.1), международное нормализованное отношение (МНО), концентрация фибриногена (г/л) в плазме по Rutberg. Анализы в течение стационарного лечения выполнялись в динамике, в реанимационном блоке ежедневно.

Показатели коагулограммы выполнены в следующем объеме: АПТВ 1991, ПТИ 2738, ПВ — 2738, фибриноген 2768.

У вновь поступивших с ковидной инфекцией больных наблюдались следующие показатели ПВ 14-15 сек, в динамике на фоне антикоагулянтной терапии гепарином и эноксипарином отмечалось удлинение ПВ до 17-19 сек. Несмотря на применение антикоагулянтов у 13% (411) больных ПВ оставалось укороченным и требовало коррекции в условиях ОРИТ (отделение реанимации и интенсивной терапии). По данным китайских авторов ПВ при поступлении в стационар было немного больше у пациентов с Ковид 19, которые затем умерли (15 сек до 16,3 сек), соответственно менялось МНО и ПТИ.

Из 1991 выполненных АЧТВ резких колебаний значений не выявлено, результаты оставались в пределах 21-38 сек, изредка снижаясь до 15%, что может указывать на недостаточную информативность этого показателя при ковидной инфекции. В случае возникновения кровотечения показатели МНО >1,5 или увеличения АЧТВ более, чем в 1,5 раза, являются показаниями для переливания свежезамороженной плазмы (СЗП).

Пределы колебания уровня фибриногена в основной массе не превышало верхнюю границу нормы. Показатели фибриногена менее 1,5 г/л являются показанием к трансфузии криопреципитата.

Выводы.

1. Учитывая данные исследований у больных Ковидом особое значение приобретают показатели коагулограммы

2. Проводя мониторинг коагулологических показателей у больных Ковид, выбора тактики ведения пациента, антикоагуляционной и/или антиагрегантной терапии необходимо опираться не только на стандартные рекомендации, но и на результаты последних метаанализов и международных клинических рекомендаций.

Литература.

1. Zhu N., Zhang D., Wang W., Li X., Yang B., Song J. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727–733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. 2020 [cited 2020 02.06]. Available at: <https://covid19.who.int/>.
3. Richardson S., Hirsch J.S., Narasimhan M., Crawford J.M., Mc-Ginn T., Davidson K.W. et al. Presenting Characteristics, Comor-
4. Wang D., Hu B., Hu C., Zhu F., Liu X., Zhang J. et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020;323(11):1061–1069. doi: 10.1001/jama.2020.1585.
5. Wang Y., Lu X., Chen H., Chen T., Su N., Huang F. et al. Clinical Course and Outcomes of 344 Intensive Care Patients with COVID-19. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;201(11):1430–1434. doi: 10.1164/rccm.202003-0736LE.
6. Xu J.-F., Wang L., Zhao L., Li F., Liu J., Zhang L. et al. Risk assess-ment of venous thromboembolism and

- bleeding in COVID-19 patients. *Respiratory Research*. 2020. doi: 10.21203/rs.3.rs-18340/v1.
7. Cui S., Chen S., Li X., Liu S., Wang F. Prevalence of venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020;18(6):1421–1424. doi: 10.1111/jth.14830.
 8. Thachil J., Tang N., Gando S., Falanga A., Cattaneo M., Levi M. et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost*. 2020;18(5):1023–1026. doi: 10.1111/jth.14810.
 9. Самородов А.В., Золотухин К.Н. Профилактика COVID-19-ассоциированного нарушения гемостаза у пациента со стентированными коронарными артериями. Клинический случай. *Креативная хирургия и онкология*. 2020;10(2):137-142
 10. Морозов К.М., Колбин А.С., Галанкин Т.Л. Сетевой метаанализ эффективности применения парнапарина для профилактики венозных тромбозных осложнений при хирургических вмешательствах. *Тромбоз, гемостаз и реология*. 2018;(1):31-9.
 11. Обзорная статья/Review article COVID-19-ассоциированная коагулопатия: обзор современных рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике К.В. Лобастов ORCID: 0000-0002-5358-7218, e-mail: lobastov_kv@mail.ru И.В. Счастливец ORCID: 0000-0002-1306-1502.

УДК: 616.92.616.9

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА COVID-19ГА ҚАРШИ ЭМЛАШНИ УТҚАЗИШ СТРАТЕГИЯСИ
Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази
Искандарова Г.Т., Рахманова Ж.А., Нематов А.С.,
Турсунова Д.А., Зоирова Н.Т.

Иммунопрофилактика ҳар қандай юқумли касалликнинг олдини олишнинг энг самарали усулларида биридир. Пандемия даврида COVID-19 атрофида 200 тадқиқот марказлари COVID-19 вакцинациясини яратиш учун иш олиб бормоқда. 2021-йил апрел ойидан бошлаб Ўзбекистон Республикасида COVID-19га қарши эмлаш бошланди. Бу ковид-19 пандемиясига қарши курашда катта ютуқ.

Калит сўзлар: эмлаш, COVID-19, иммунизация, олдини олиш.

СТРАТЕГИЯ ВАКЦИНАЦИИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Иммунопрофилактика является одним из самых эффективных методов профилактики любого инфекционного заболевания. В период пандемии COVID-19 около 200 научно-исследовательских центров работают над созданием вакцины против COVID-19. С апреля 2021 года в Республике Узбекистан началась вакцинация населения против COVID-19. Это является большим достижением при борьбе с пандемией COVID-19.

Ключевые слова: вакцинация, COVID-19, иммунизация, профилактика.

COVID-19 VACCINATION STRATEGY IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Immunization is one of the most effective methods of preventing any infectious disease. During the COVID-19 pandemic, about 200 research centers are working to develop a vaccine against COVID-19. Since April 2021, vaccination of the population against COVID-19 has begun in the Republic of Uzbekistan. This is a great achievement in the fight against the COVID-19 pandemic.

Keywords: vaccination, COVID-19, immunization, prevention.

Кириш. Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) 2020 йил 30 январда COVID-19 деб номланган SARS-CoV-2 коронавирусининг тарқалиши халқаро соғлиқни сақлаш соҳасидаги фавқуллодда ҳолат (СССФХ) эълон қилди. Жаҳон миқёсида тез тарқалиш фонида. 2020 йил 12 мартда авж олган касаллик пандемия сифатида баҳоланди. Бугунги кунга келиб, пандемия 1,5 миллиондан ортиқ одамни ҳаётига зомин бўлди ва миллиардлаб инсонларнинг ҳаётини бузди [5-8].

Пандемияга қарши курашнинг муҳим йўналишларидан бири - хавфсиз ва самарали вакциналарни эрта ишлаб чиқиш. Қисқа вақт ичида кўплаб вакциналарни параллел равишда ишлаб чиқиш учун мисли кўрилмаган ҳаракатлар қилинмоқда. Вакциналарга глобал тенг ҳуқуқли кириш, айниқса соғлиқни сақлаш ходимлари ва бошқа хавф остида бўлганларни ҳимоя қилиш, аҳоли саломатлиги ва пандемиянинг иқтисодий таъсирини юмшатишнинг асосий стратегиясидир [5, 6].

COVID-19 га қарши Ўзбекистон Республикасида эмлаш ихтиёрий равишда амалга оширилади. COVID-19 га қарши эмлашни ўтказишдан мақсад коронавирус инфекцияси билан касалланишни камайтириш ва ушбу касаллик асоратидан ўлим ҳолатларининг олдини олишдир.

Коронавирусга қарши эмлашни амалиётга киритиш ва эмлаш жараёни босқичма-босқич амалга оширилади. Вакцинага бўлган эҳтиёжни эътиборга олиб COVID-19 га юқиш хавфи ва асоратлар бериш эҳтимоли юқори бўлган аҳолини биринчи навбатда эмлаш режалаштирилган, кейинги босқичда республикадаги 18 ва ундан катта ёшдаги аҳолини эмлаш белгилаб олинган.

Коронавирус инфекциясига (COVID-19) га қарши эмлаш биринчи навбатда ушбу касалликни юқтириб олиш хавфи ва асоратлари юқори бўлган шахслар ўртасида ўтказилади [1, 2]:

Эмлаш афзаллиги	Хавф гуруҳлари	COVID-19 юқиш хавфи	Эмлаш манзили
1	65 ёшдан катта аҳоли 65-74 ёш 75-84 ёш 85 ёш ва ундан катталар	Жуда юқори	ДПМларда ташкил этилган эмлаш пунктларида, кўчма бригадалар
2	COVID-19 вирусини юқтириш хавфи юқори бўлган тиббиёт ходимлари. COVID-19 билан касалланган беморларни тақсимлаш ва даволаш билан шуғулланадиган ихтисослаштирилган тиббиёт муассасалари ходимлари (юқумли касалликлар, қабул бўлимлари, шошилинич шошилинич тиббий ёрдам марказлари, тез тиббий ёрдам хизмати ходимлари, амбулатория ва тиббиёт муассасалари, ТТБ ва СЭО ва ЖСХ бўлимлари ходимлари, COVID-19 ташҳисоти билан шуғулланадиган СЭО ва ЖСХ ходимлари)	Жуда юқори	ДПМларда ва шифохоналарда ташкил этилган эмлаш пунктларида, кўчма бригадалар
3	Сурункали касалликлари бор бўлган аҳоли	Жуда юқори	ДПМларда ташкил этилган эмлаш пунктларида, кўчма бригадалар
4	Мактабгача тарбия муассасалари ва умумтаълим мактаблари тарбиячилари	Юқори	Идоравий тиббий хизматда ташкил этилган эмлаш пунктлари, кўчма бригадалар
5	Ҳарбийлар ва ҳуқуқни муҳофаза қилиш органлари ходимлари.	Юқори	ДПМда ташкил этилган эмлаш пунктларида, кўчма бригадалар
6	Мигрантлар	Ўрта	Хусусий тиббиёт муассасаларининг эмлаш хоналарида географик жиҳатдан уларнинг яшаш жойларида пуллик асосда.
7	Чет элда таҳсил олаётган талабалар	Ўрта	Яшаш жойидаги тиббиёт муассасаларида ташкил этилган эмлаш пунктлари

1. Эмлаш тадбирлари соғлом шахсларга фақт шифокор кўригидан сўнг амалга оширилади. COVID-19га қарши эмлашда, биринчи навбатда, эмланган одамнинг умумий аҳволини, соғлиғи ҳолатини ўрганиш, тиббий каршилиқлар ва аллергия реакциялар мавжудлигини баҳолаш керак.

2. ОИВ билан касалланган ва 18 ёшга тўлмаган шахсларни эмлаш ушбу контингент учун вакцинанинг хавфсизлиги тўғрисида ишончли маълумот йўқлиги сабабли амалга оширилмайди.

3. Эмлашлар орасидаги интерваллар: вакциналар ва вакциналар билан ишлаш оралиғи эмлаш ишлаб чиқарувчиси томонидан берилган кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади. Агар бирон сабабга кўра биринчи эмлашдан кейин кўпроқ кун ўтган бўлса, фақат иккинчи дозани бериш керак (биринчи дозадан бошлашнинг ҳолати йўқ).

4. Шахсга қон ва унинг компонентлари –эритроцитар ёки лейкоцитар масса қуйилган

тақдирда COVID-19га қарши эмлаш 6 ойдан кейин, тромбоцитар масса ёки плазма қўйилганда 7 ойдан кейин, иммуноглобулин юборилганидан 3 ойдан сўнг, гриппга қарши эмланган бўлса -1,5 ойдан кейин ва бошқа турдаги вакцина, иммуноглобулин юборилганидан 3 ойдан кейин, гриппга қарши эмланган бўлса -1,5 ойдан кейин ва бошқа турдаги вакцина, иммуноглобулин, зардоб ва анатоксинлар билан эмланган тақдирда 1 ойдан кейин амалга оширилиши керак [1, 3].

COVID-19 вакцинасига қарши кўрсатмалар:

• Коронавирус инфекциясининг ўткир шакли белгилари бўлган беморлар, лабораторияда COVID-19 мусбат натижа берган, бироқ клиник белгилари кузатилмаётган шахслар ва коронавирусли инфекцияга чалинган беморлар билан мулоқотда бўлган шахслар, карантин муддати тугаганидан сўнг эмланадилар

• Вакцинанинг компонентларига юқори сезgirлиги бўлган шахслар;

• Анамнезида оғир аллергик реакциялари бўлган шахслар;

• Хомиладор ва эмизикли аёллар (вакцинанинг ушбу контингентга хавфсизлиги тўғрисидаги маълумот етарли эмаслиги сабабли);

• 18 ёшгача бўлган болалар;

• ОИВ инфекцияли беморлар (вакцинанинг ушбу контингентга хавфсизлиги тўғрисидаги маълумот етарли эмаслиги сабабли) [1-3];

Эмлашга бўлган барча турдаги монеликлар, эмлаш пунктларида рўйхатга олинади. Бир ойгача ва ундан кўп муддатга берилган тиббий чекловлар иммунологик комиссия аъзолари томонидан кўриб чиқилади ва шунга асосан якуний хулоса қилинади. Эмлашга монелиги бўлган шахсларни даволаш, соғломлаштириш режалари тузилади ва ҳар бир шахсга алоҳида индивидуал эмлаш режаси тузилади. Эмланишга монелиги бўлган шахсларнинг амбулатория карталарида ва тиббий чекловларни рўйхатга олиш журналида тиббий чекловлар тўғрисидаги маълумотлар қайд этилади. Эмлаш жараёнида спиртли ичимликларни қабул қилиш ва физиотерапевтик муолажаларни қабул қилиш тавсия этилмайди. COVID-19ни юқтириб олмаслик учун барча тавсияларга риоя қилиш тавсия этилади [4].

Профилактик эмлашларни режалаштириш: Эмлаш учун 18 ва ундан катта ёшдагилар режалаштирилади. Эмланадиган аҳолининг ҳудудлар бўйича ёшма-ёш рўйхати тузилади. Сўнгра COVID-19 га қарши эмланадиган аҳолининг рўйхати шакллантирилади ва унга мувофиқ эмлаш режаси ишлаб чиқилади.

Биринчи навбатда янги коронавирус инфекциясини (COVID-19) олдини олиш учун эмлаш билан шуғулланадиган шахсларнинг контингенти рўйхати тузилиши керак.

Соғлиқни сақлаш муассасаларида 063, 064 шакллари аолининг ёши қайд этилган журналлар билан таққосланади.

Эмлаш картотекалари 063 ва 064 шакллари бутун аҳоли ва катта ёшдаги аҳоли учун ҳудудларга бўлиниб марказлаштирилади.

Янги коронавирус инфекциясини (COVID-19) олдини олиш учун биринчи навбатда эмланадиган шахсларнинг рўйхатини тузиш керак. Аҳолини рўйхатга олиш ва уларнинг ёшларини таққослаш натижаларига кўра, ҳар бир ёш нуқтаи назаридан аҳолининг ёш жадваллари тузилади.

Аҳолини назорат руйхатига олиш даволаш-профилактика муассасаси бош врач тасдиқлаган акт орқали расмийлаштирилади. Биринчи навбатда эмланадиган аҳоли учун (хавф гуруҳи), шунингдек, қолган аҳоли учун эмлаш режаси тузилади.

COVID-19 билан касалланиб ўтганларни эмлашни режалаштириш албатта оилавий шифокор билан билан келишилган ҳолда амалга оширилади.

Эмлашдан сўнг ҳар бир эмланган одам 30 минут давомида эмлаш ўтказилган тиббий муассасадаги махсус ажратилган хонада кузатилади [1, 2].

Эмлаш ҳолатини таҳлил қилиш ҳар ойда ўтказилади. Эмланадиган аҳоли гуруҳи аниқланиб олинганидан сўнг, эмлаш режаси тузилади.

Профилактик эмлашлар режаси 063, 064 шакллари асосида УАШ шифокори (педиатр) ва тиббиёт муассасаси ҳамшираси, таълим муассасалари шифокори ва ҳамшираси томонидан тузилади [1].

Барча ҳудудлар бўйича эмлаш режалари туман (шаҳар) бош шифокори, бош кардиолог, эндокринолог, невропатолог ва иммунолог томонидан умумлаштирилади [1, 5, 7].

Профилактик эмлашлар режаси, барча асослар билан ҳудудий санитария-эпидемиология ва соғлиқни сақлаш бошқармаси билан келишилганидан сўнг, вилоятлар, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш бошқармаси ва Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош мутахассисларига тақдим этилади.

Эмлаш жараёнини юқори сифатли кузатиш учун эмлаш учун мўлжалланган ҳар бир эмлаш участкасида ишлайдиган эмлаш жараёнини ва вакцинациядан кейинги нохуш кўринишларни электрон кузатиш учун махсус Электрон платформа яратилди.

Эмлаш амалга ошириладиган ҳар бир тиббиёт муассасасида маълумотларни сифатли ва ўз вақтида тўлдириш учун махсус ишчилар ажратилиб, тайинланади. Ҳар қандай кутилмаган вазиятларда тезкор жавоб бериш учун барча маълумотлар автоматик равишда юқори ташкилот томонидан назорат қилинади.

Эмлашни ташкил этиш: COVID-19га қарши эмлашни ташкил этиш ва ўтказиш соғлиқни сақлаш муассасаларида ташкил этилган эмлаш хоналарида, кўчма бригадаларда ва идоравий соғлиқни сақлаш муассасалари ва яшаш жойидаги хусусий тиббиёт муассасаларининг 2015 йил № 02-39-07/3 СанҚваМ ва ЎзР ССВнинг 15.02.2021 йилдаги “Коронавирус инфекциясига қарши оммавий эмлашни тайёрлаш ва ўтказиш тўғрисидаги” 31-сон буйруғи талабларига жавоб берадиган эмлаш хоналарида пуллик асосда амалга оширилади [1].

Эмлаш учун ҳар бир эмлаш пунктида эмлашдан сўнг юзага келиши мумкин бўлган ножўя таъсирларни бартараф этиш учун шокка қарши дориларнинг тўлиқ тўплами билан интенсив терапия препаратларининг мавжудлигини таъминлаш керак.

ЭМЛАШ СЕССИЯСINI ЎТКАЗИШ

Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати ва даволаш-профилактика муассасалари бактериял ва вирусли дориларни тўғри ташиш ва сақлашни амалдаги қонунчилик ҳужжатлари, кўрсатмалар ва услубий қўлланмаларни ЎзР ССВнинг 2006 йил 11 апрелдаги 148-сонли буйруғи билан тасдиқланган вакциналарни сақлашнинг барча даражаларида самарали бошқариш бўйича стандарт оператив муолажаларни ҳисобга олган ҳолда барча даражаларда таъминлайди.

Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати ва соғлиқни сақлаш хизмати профилактика мақсадида ва эпидемиологик кўрсаткичлар бўйича вакциналар етказиб берилишини бўйича барча тадбирлар назоратини таъминлайди.

Эмлашлар маълум бир маҳаллий поликлиникада махсус тайёргарликдан ўтган ва эмлаш хонасида ишлаш учун ҳар йили тасдиқланган гувоҳномага эга бўлган тиббиёт ходимлари - эмловчилар томонидан амалга оширилиши керак. Сертификат ва ишлашга рухсат берилганлиги тўғрисида муассаса раҳбарининг буйруғи бўлмаган ҳамшира эмлаш хонасида ишлашга йўқ қўйилмайди [5-8].

Пандемия даврида иммунизацияни ўтказишда хавфсизлик чоралари:

- Ходимлар томонидан шахсий ҳимоя воситаларидан (ШХВ) фойдаланиш мажбурийдир.
- Эмлаш сессиялари ҳаво яхши айланадиган хоналарда ўтказилиши керак.
- Вентиляторлар, кондиционерлар билан хонада ҳаво айланишидан фойдаланиш мумкин эмас.
- Эмлаш хонасига бошқа даволаш хизматларидан киришни таъминлаш керак (турли соатларда, алоҳида кириш жойи);
- Эмланишга келган шахсларнинг эмлашни кутиш вақтларини иложи борида қисқартириш;
- Кутиш заллари гавжум бўлишидан сақлаш. Эмлашни кичик ва тез-тез такрорланадиган сессиялар орқали олиб бориш (эмлаш жадвали);
- Исталган вақтда ташриф буюрувчилар ўртасида 1 метр масофани сақлашни таъминлаш [5-8].

COVID-19 вакцинасидан кейинги ножўя кўринишлар:

Вакцина организм учун бегона оқсил ҳисобланади, шунинг учун қуйидагилар бўлиши мумкин:

- маҳаллий реакциялар: оғриқ, шиш, қизариш, қаттиқлашиш;
- умумий реакциялар: тана ҳароратининг кўтарилиши, конвулсиялар;
- психоген реакциялар (қўрқиш): бош айланиши.

Эмлашдан кейин сауна, ҳаммомга ташриф буюриш ва инъекция соҳасида бошқа муолажаларни ўтказиш тақиқланади. Булар бошқа асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Эмланган киши эмлашдан кейинги дастлабки 30 дақиқада тиббий назоратда, кейин уч кун давомида шифокор ва патронаж ҳамшира назорати остида бўлиши керак [1, 2].

COVID-19 га қарши эмлашдан сўнг аллергик реакциялар: Ҳар қандай эмлашдан олдин тиббиёт ходими эмланаётган шахсдан аллергияси бор-йўқлигини аниқлаштириб олади. Агар анамнезида оғир аллергик касаллиги мавжуд бўлса, бу шахс эмлашдан тиббий чеклов олиши лозим.

вакциналарни сақлаш, сарфлаш ва ҳисоботига бўлган талаблар:

- COVID-19 га қарши вакциналар қайси давлат томонидан ишлаб чиқилганлигидан қатъий назар Ўзбекистон Республикаси ҳудудида фақатгина Ўзбекистон Республикаси Фармакологик қўмитаси томонидан маъқулланганларидан фойдаланиш мумкин.
- ДПМ (даволаш-профилактика муассасаси) вакциналардан чиққан чиқиндиларни йиғиш, сақлаш ва йўқотишни тўғри ташкил етиш учун ХЙҚ (хавфсиз йўқотиш қутилари) ни ўз вақтида ва тўлиқ таъминлаш учун жавобгардир;
- COVID-19 га қарши вакциналарнинг ҳисобини олиб бориш учун жавобгарлик ДПМ (даволаш-профилактика муассасаси)нинг бош шифокори томонидан тайинланган катта ҳамширага юклатилади;
- Шунингдек, ДПМ (даволаш-профилактика муассасаси)да совутиш ускуналарини тўғри сақлаш, ташиш, сифатини назорат қилиш, шунингдек эмлашдан сўнг чиқиндиларни тўғри йўқотиш масъулияти ДПМ (даволаш-профилактика муассасаси)нинг махсус белгиланган масъул ходимига юклатилади;
- Вилоят санитария-эпидемиология осойишталиги ва жамоат саломатлиги хизматининг ҳудудий бошқармасидан (СЕО ва ЖСХ) вакциналарни эмлаш ўтказиладиган ДПМ (кўп тармоқли поликлиника, оилавий поликлиника)га етказиб бериш учун улар етарли миқдорда термосумкалар ва термоэлементлар билан таъминланган бўлиши керак;
- ДПМларда иммунобиологик препаратларни сақлашга қўйиладиган талаблар Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2006 йил 11 апрелдаги 148-сон буйруғига мувофиқ бажарилиши шарт;
- Вакциналар Цельсий бўйича +2 дан +8 даражагача ҳароратда сақланиши ва ташилиши керак. Ҳар қандай босқичда вакциналарни музлатиш қатъиян ман этилади. Вакциналар эмлаш хонасида, совутиш ускуналарида 1 ойгача муддатда сақланиши мумкин [4].
- COVID-19 га қарши эмлаш жараёнини электрон кузатувини олиб бориш.
 - COVID-19 га қарши вакциналарнинг Ўзбекистон республикасида кулланилмоқдагилар:
 - Спутник V
 - Moderna
 - AstraZeneca
 - Pfizer
 - ZF-UZ-VAC 2001

Вакциналар қандай ишлайди: Вакциналар танангизнинг табиий иммунитетини билан биргаликда ҳимоя тизимини яратиб касаллик юқиш хавфини камайтиради. Вакцина танага юборилиши билан, иммун тизимингиз бунга жавоб бера бошлайди.

Ўша (иммунитет тизими):

Танага кирган агентни аниқлайди (вирус ёки бактерияларни).

Антитаначалар ишлаб чиқаради. Антитаначалар - бу касаллик билан курашиш учун организмнинг иммун тизими томонидан табиий равишда ишлаб чиқариладиган оқсиллардир[5-8].

Касалликни ва у билан қандай курашиш кераклигини эслаб қолади. Агар келажакда ушбу микроб таъсирига яна учрасангиз, ўзингизда касаллик аломатларини ҳис қилишдан аввал иммунитет тизимингиз уни тезда йўқ қилиши мумкин.

Шундай қилиб, вакцина танада касалликка қарши иммунитетни ишлаб чиқишга кўмак берувчи хавфсиз ва самарали восита саналади. Касаллик пайдо бўлганидан кейин уни даволашдан кўра, эмлаш орқали касалликларнинг олдини олиш мумкин. Вакцинация - бу фарзандларимиз ва ўзимизни ҳимоя қилиш ҳамда хавфли касалликлардан ҳоли бўлган хавфсиз жамоаларни барпо этишнинг калитидир. 18-аср охиридан бошлаб вакциналар ёрдамида кўплаб юқумли касалликлар тарқалишига босқичма-босқич таъсир қилиш орқали, миллионлаб одамларнинг ҳаёти сақлаб қолинди[5-8].

Вакциналар узоқ муддатли ҳимояни кафолатлай оладими: Масалан, COVID-19га қарши вакциналар узоқ муддатли ҳимояни таъминлай олиши ҳақида гапиришга ҳали бирмунча эрта. Бу саволга жавоб бериш учун кўшимча тадқиқотлар ўтказилиши талаб этилади. Бироқ, COVID-19 касаллигидан тузалган одамларнинг аксариятида қайта касалланишдан муайян муддатга ҳимоя қила оладиган даражада иммунитет шаклланади. Унинг эса нечоғлик турғун бўлиши, яъни касаллангандан кейин шаклланган иммунитетнинг давомийлиги қанча бўлишини вақт кўрсатади. Баъзи вакциналар бўйича (биринчи навбатда тирик вируслар асосида ишлаб

чиқилган вакциналар) ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатмоқдаки, энг самарали иммунитетни шакллантириш учун бир одам, бир нечта доза вакцинани олиши керак бўлади. Бу нима учун муҳим, масалан, қизамиқ ёки қизилча касалликларига қарши вакцинанинг биринчи дозасидан сўнг, баъзи одамларда инфекцияга қарши курашиш учун етарли миқдордаги антитаначалар титри шаклланмайди, иккинчи мартаба эмлангандан сўнг ҳимояланганлигига ишонч ҳосил қиладиган даражада антитаначалар титри шаклланганига гувоҳ бўламиз. Баъзи ҳолатларда эса (масалан, кўк йўтал, дифтерия, қоқшол, АКДС) эмлашдан сўнг ҳосил бўлган иммунитет вақт ўтиши билан заифлаша бошлайди. Иммунитет даражасини дастлабки ҳолатгача тиклаш учун «такрорий-қайта эмланиш» (ревакцинация) талаб қилинади. Ревакцинация одатда вакцинанинг биринчи дозалари организмга киритилганидан 10-20 йил ўтгач амалга оширилади[8].

COVID-19 юктириш оқибатида шаклланган иммунитет кучлими ёки COVID-19 га қарши эмлангандан кейинги иммунитетми: Инсонда инфекция юқиши натижасида ҳосил бўлган «табиий иммунитет»нинг шаклланиши, организмнинг хусусиятларига боғлиқ ҳолда фарқланади. Ушбу вирус инсоният учун янги бўлганлиги сабабли, касалланиш оқибатида ҳосил бўлган табиий иммунитетнинг давомийлиги ҳақида аниқ бирор нарса дея олмаймиз. Ҳозирча, мавжуд адабиётларда келтириляган маълумотларга асосланганидан бўлсак, COVID -19ни юктириб олиш натижасида ҳосил бўлган иммунитет 90 кун давомида қайта касалланишдан сақлайди. **COVID-19** вакциналарининг реал ҳаётда қандай таъсир қилиши ҳақида кўпроқ маълумотга эга бўлмагунимизча, эмлашдан кейинги иммунитет давомийлиги ҳақида ҳам аниқ рақамларни айтиш қийин.

Ҳозир дунё бўйича, кўплаб нуфузли илмий даргоҳларда фаолият олиб бораётган мутахассислар табиий ва эмлаш орқали шаклланган иммунитетнинг турғунлик даражаси ҳақида бош қотирмоқдалар. Ўйлаймизки, уларнинг натижалари бизларни узоқ куттирмайди [7].

Адабиётлар.

1. Ўзбекистон Республикаси 2021 йил 15 февралдаги ССВ 31 сон буйруғи.
2. “Временное руководство по лечению и профилактике КОВИД - 19” версия 8.
3. “Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний в республике Узбекистан» САНПИН РУЗ № 0239-07 (дополнение 4).
4. «Бошқарилувчи юқумли касалликлар иммунопрофилактикасини ташкил этиш ва ўтказиш ҳақида» Ўзбекистон Республикаси ССВ 6 сон буйруғи.
5. <https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization/covid-19-materials>
6. <https://www.who.int/covid16/vaccination.com>
7. <https://extranet.who.int/pqweb/sites/default/files/documents/COVID-19>
8. <https://www.who.int/publications/i/item/interim-recommendations>.

“КОВИД-19” КОРОНОВИРУСНИНГ ЎПКА ТЎҚИМАСИГА КИРИШИ ВА ТАЪСИРИНИНГ АЙРИМ ҲУЖАЙРА ВА СУБҲУЖАЙРАВЙ МЕХАНИЗМЛАРИГА ДОИР

Эркин Турсунов Э.А.

Тош ПТИ

Илмий таҳлил ва ҳусусий фикр

2019 йил декабрида Хитойнинг Ухан шаҳрида тарқалган КОВИД-19 короновирусининг ((SARS-CoV-2- ТОРС)) тўртта тури бўлиб, уларга альфа, бета, гамма, дельта вирус номлари берилган, лекин бу пандемияда асосан вируснинг бета тури (Betacoronavirus) рол ўйнамоқда. Дунё бўйича 800 мингдан ортиқ вируслар борлиги ҳам адабиётдан маълум, Дунёда энг катта короновирус пандемияси 2019-2021 йилларга тўғри келди, ва бу ҳолат “Ковид 19 пандемиси” номи билан тарихга кирди. 2002, 2012 йиллардаги эпидемияда вируснинг номи ТОРС-SARS деб аталди.

Калит сўзлар: эпидемия, пандемия, КОВИД-19, ўпка альвеоласи, нафас жараёни.

К НЕКОТОРЫМ КЛЕТЧНЫМ И СУБККЛЕТЧНЫМ МЕХАНИЗМАМ ПРОНИКНОВЕНИЯ И ВЛИЯНИЯ КОРОНОВИРУСА “КОВИД-19”

В декабре 2019 года в китайском городе Ухань было зарегистрировано четыре типа короновируса COVID-19 ((SARS-CoV-2-tors)), который распространяется, им были даны названия альфа, бета, гамма, Дельта-вирус, но в этой пандемии в основном играет роль бета-

тип вируса (ветакоронавирус). Наличие более 800 тысяч вирусов в мире также известно из литературы, крупнейшая пандемия коронавируса в мире пришлась на 2019-2021 годы, и эта ситуация вошла в историю под названием «пандемия Ковида 19». В эпидемии 2002, 2012 годов название вируса называлось торс-атипичная пневмония.

Ключевые слова: эпидемия, пандемия, COVID-19, легочная альвеола, дыхательный процесс.

TO SOME CELLULAR AND SUBCELLULAR MECHANISMS OF PENETRATION AND INFLUENCE OF THE CORONAVIRUS «COVID-19»

In December 2019, four types of COVID-19 coronavirus ((SARS-CoV-2-tors)) were registered in the Chinese city of Wuhan, which is spreading, they were given the names alpha, beta, gamma, Delta virus, but the beta type of virus (vetacoronavirus) mainly plays a role in this pandemic. The presence of more than 800 thousand viruses in the world is also known from the literature, the largest coronavirus pandemic in the world occurred in 2019-2021, and this situation has gone down in history as the «Covid 19 pandemic». In the epidemic of 2002, 2012, the name of the virus was called sars-atypical pneumonia.

Keywords: epidemic, pandemic, COVID-19, pulmonary alveolus, respiratory process.

Инглизча номи- **SARS-CoV-2**, руссча номи **ТОРС-ТЯЖЁЛЫЙ ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ** деб номлана бошланди, 1920 йилдан эса, Халқаро Соғлиқни сақлаш ташкилоти вируснинг бу турини қисқача “КОВИД-19” (SARS-CoV-2) номи билан юритабошлади [1,2,3].

КОВИД-19 вирусининг тузилиш принципи бошқа вирусларга ўхшасада, лекин ўзига ҳос устивор белгилари бор бу кўпроқ қари одамларни жароҳатлаш, юқори нафас йўллари шиллиқ пардасига тез кириб олиш, биринчи галда эпителий тўқимасини нишонга олиш, нафас йўли мукоцилиар аппаратиини жароҳатлаб, эпителий киприкчалари ҳаракатини тўхтатаиб қўйиш, қон томирларига осонгина кириш, эндоваскулит чақириш, антитаначаларни нейтраллаш ва йўқотиш, иммунитетга чидамлилиқ ва ҳ. Маълум бўлишича, вируснинг тиканаксимон ўсимтаси ўткир учга эга ва S оқсилдан иборат бўлиб, тожларида 3та домен –эктодомен, мембранасига боғланган қисм ва вирус ичидаги калта думи бор, лекин иккинчи домен ёғлардан иборатлиги, захари кучлилиги ҳам аниқланган Эктодомен асосий таъсир этувчи қисми ҳиобланади [1,3,9].

“Совид -19” нинг патогенези ҳақида изчил, ҳамма томондан тан олинган назария йўқ дейиш мумкин, чунки вақт ўтган сари янги-янги назариялар пайдо бўлмоқда. Яқинда эълон қилинган мақола бўйича “Ковид -19” чақирадиган касаллик **“Вирусли тарқоқ васкулит, ўпкададаги ўзгариш эса, ангиоген шиш”** касаллик асорати деб айтилмоқда [2,3]. Бу, ҳолат балки вирус авлодининг кўп турли эканлигидан, тез мутацияга учрашадан, пантропизм характериға эгалигидан бўлиши мумкин. Нафас йўлиға таъсири ҳақида гап кетганда, вирусниг асосий кириш йўли бурун, бурун-халқум, оғиз бўшлиғи эканлиги ва вируснинг бу ерда узоқ вақт туриши ва иммунитет пасайганда вирус фаоллигининг ошиши ва нафас тизимига ўтиши, ундан қонға ўтиши (вирусемия, эндоваскулит) ва қон орқали кўп аъзоларни жароҳатлаши (**тизимли жароҳатлаш**), биринчи галда ўпканинг жвроҳатлаш хусусияти маълум [1,2, 8,11].

Касаллик патогенезида энг муҳими, одамда айрим эпителий ва эндотелий ҳужайралари қобиғида **ангиотензинга айлантурувчи фермент (АПФ2 (рецептор)нинг борлиги** ва, вирус учун бу **нишон рецептор эканлиги** ҳам аниқланган [3,4,6]. Шу ҳам малумки, вирус макроорганизм ҳужайрасига кириб олгач, ундан бир занжирли РНК ажралади, макроорганизм ҳужайра органеллалари билан муносабатга кириб, янги РНК-янги вируслар ҳосил қилабошлайди, вируслар ҳужайра эндоплазматик тўрлари ҳосил қилган везикула-майда пуфакчалаларға жойлашган бўлиб, вирусли везикулалар ҳужайрадан эндоцитоз йўли билан ёки ҳужайра жароҳат топгандан сўнг, бемалол ҳужайрадан ташқриға чиқиб, янги ҳужайраларға киради, жароҳатлаш ва репликацияда давом этади [10,2].

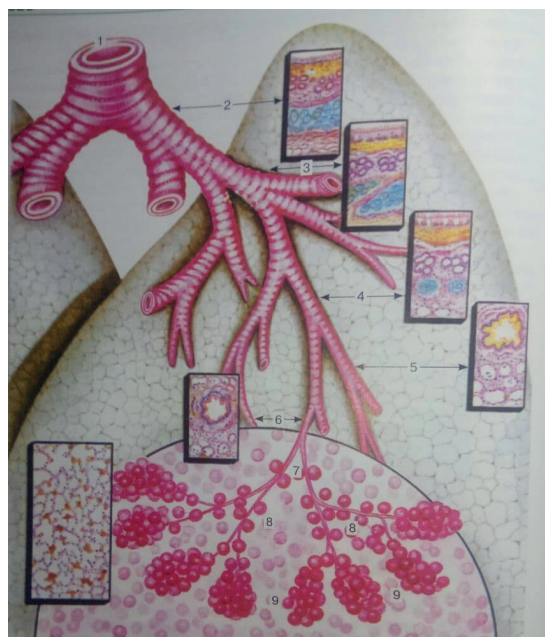
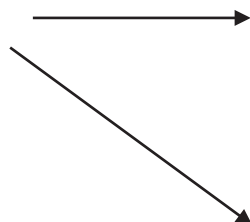
Ангиотензинга айлантурувчи ферментлар юқори нафас йўлларидан ташқари, **альвеоляр бронхиолалар**, **альвеолаларнинг 1 ва 11 типлари қобиғи юзасида, ичак эпителий ҳужайралаларида** яхши ривожланган [3,6]. Бу ҳолат респиратор қисмға етиб келган вируслар учун жуда қулай, тезликда бронхиола ва альвеолаларни жароҳатлаб, нафас етишмовчилигини тезлаштиради, лекин иммунитети бақувват кишиларда касаллик ринофаригит, ангина шаклида ҳам теператураси баланд бўлмасдан ўтиши мумкин, лекин бу инсонлар вирус ташувч ва вирус юқтирувчи бўлиб қолади.

Ковид-19 вирусининг ўпка альвеоласига етиб бориш йўллари бўйича икки гуруҳ фикрлар мавжуд.

Биринчи гуруҳ олимлари фикрича, вируслар юқори нафас йўлидаги бронхлар деворига, ундан бронх томирларига ўтиб васкулит, эндovasкулитлар чақиради. Нафас етишмовчилигининг даражаси жароҳатланган альвеолалар ва қоннинг қуюқлашувига боғлиқ.

Иккинчи гуруҳ олимларининг фикрлари бўйича, вируслар юқорои нафас йўллари бронхлари эпителиysi бўйлаб, терминал бронхиолаларга ва ундан альвеолаларга ўтиб, алвеолит чақиради ва сўнгра албвеолалараро томирларга ўтиб, интерстиций томирлари ва тузилмаларини жароҳатлайди [8.3.4.5.6)]. (Расм.1.)

Расм.1. Ўпканинг юқори нафас йўллари-1 ва респиратор қисми-2



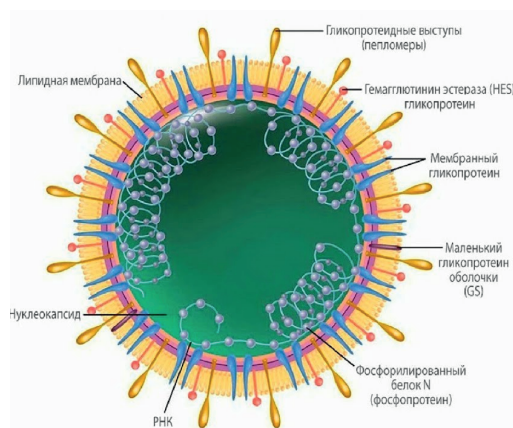
Лекин иккинчи ҳил фикрда **альвеоляр-сурфактант комплексининг роли** ингобатага олинмаган. Би3 2020 йил апрел ойида матбуотда ва интернетда (“Здравоохранение в Узбекистане”, 2020 йил 4 апрел) сурфактантнинг роли ҳақида ёзгандик. Биз қуйида ушбу мақолада айтилган ўз фикримизни асосламоқчимиз.

Биз таклиф этаётган **ғоямизни асослашдан** олдин қуйидаги омилларга эътиборни қаратамиз;

1. КОВИД-19 вирусининг тузилиш принципи бошқа вирусларга ўхшасада, лекин ўзига ҳос устивор белгилари бор: бу , вируснинг тожи-коронаси S оқилдан иборат бўлиб, тожларида 3 та домен –эктодомен, мембранасига боғланган қисм ва вирус ичидаги қалта думи бор, лекин иккинчи домен ёғлардан иборатлиги, заҳари кучлилиги ҳам аниқланган. Эктодомен асосий таъсир этувчи қисми ҳиобланади [1.3.9].

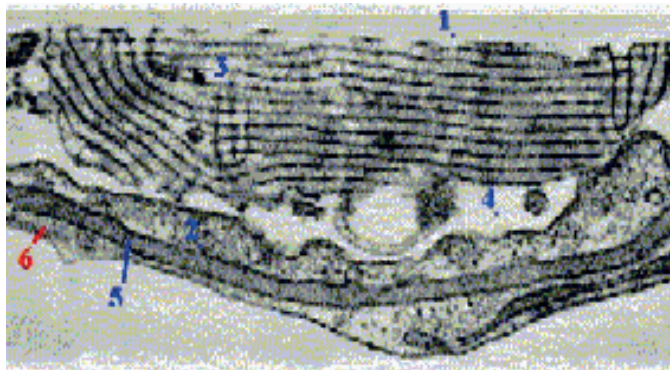
2. Ковид-19 вирусининг ташқи томонида қалин липид қобиғи бор, у вируснинг репликациясида ўта муҳим роль рол ўйнайди (Расм 2.)

3. Бронхиола , альвеолалардаги альвеолоцитлар юзасида АПФ2-нинг кўплиги ва бу фермент вирус учун **асосий рецептор эканлиги, шу рецептор орқали ҳужайра ичига кириши ҳам эътиборли омил** ҳисобланади. Адабиётлардан маълумки, АПФ2 нинг вирус таъсирида камайиб бориши, аксинча вируснинг эса, кўпайиб бориши жароҳатланишни янада ошириб боради (9).



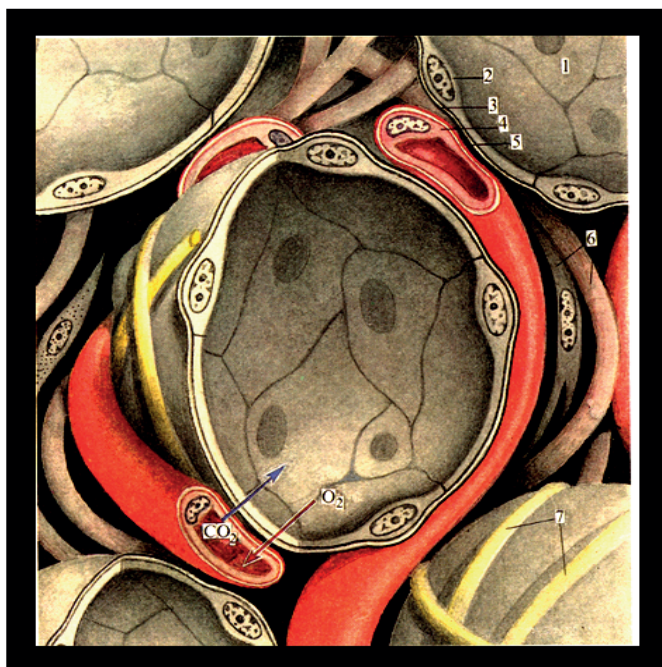
Расм.2.Вируснинг қалин липид қаватига эътор беринг.

4. Альвеоляр бронхиолалар, альвеолаларнинг 1 ва 11 тип ҳужайралаларилари қобиғи юзасида яхши ривожланган АПФ2 (3,6) дан ташқари, альвеолалар юзасида ёғли модда –сурфактантнинг (унинг вазифаси нафас чиқарган альвеолаларнинг ёпишиб қолмаслигини таъминлайди) мажудлиги вирус учун ўта қулайдир (расм.3). Чунки, бу ерга етиб келган вирусларнинг



Расм.3. Альвеоляр-сурфактант комплекси электронораммаси. 1,3,4, сурфактант, 2-альвеола. 5,6.базал мембрана ва эндотелийнинг репликацияси альеолалалар юзасидаги ёғлар ҳисобига тезлашади, бир вақтда бронхиола ва альвеолалар жароҳат топади,бу нафас етишмовчилигини кучайтиради [1,2,3]

Фикримизча, вируслар респиратор қисмга етиб боргач, ёғни сурфактантлардан олади ва унинг репликацияси кучайиб (адабиётларда суперрепликация ҳам дейилади) , вирусларнинг кўпайишига олиб келади ва бу билан жароҳат майдони кенгайди, альвеолит, брохиолитлар натижасида ўлган ҳужайралаларни ўпка макрофаглалари лизосомалари орқали эритиб ташлайди, бу билан



Расм-4. Расмда ўртада ўпка альвеоласи; атрофида қизил рангда капиллярлар альвеолаларнинг сони камаяборади. Иккинчи ҳолат, алвеолалаларда АПФ2нинг концентрацияси баланд (1). Бу икки жиҳат вирус томонидан алвеолоцитларни осон жароҳатлашга имкон яратади, сурфактант эса, вирус репликациясини тезлаштиради.

Вирусларнинг бир қисми альвеоляр қопчага тегиб турган қон томир капиллярларини (Расм 4) жароҳатлайди.

Альвеолалар бир томони очиқ қопчалалардан иборат бўлиб, қопчанинг ички юзини икки хил хужайралалар қоплаб ётади. Биринчиси **респиратор альвеолоцит** (улар газ олмошинув-кислородни альвеоладан қонга, карбонат ангидрид гази-СО₂ ни қондан альвеолага ўтказади). иккинчиси **секретор альвеолоцит** (улар 5-8 фоизни ташкил этади ва **ёғли модда сурфактант** ишлайди, демак липидли овқат фақат ўпка алвеоласидаги сурфактант ҳисобланади. Сурфактант юза фаол **сурфактант-альвеоляр комплексини** ҳосил қилади ва бу комплекс эса, нафас жараёнининг асосий бўғини ҳисобланади. Сурфактантнинг ўзи уч қисмдан - **сурфактант мембранаси, суяқ гипофаза ва заҳира сурфактант-миелинга** ўхшаш қисмлардан иборат.

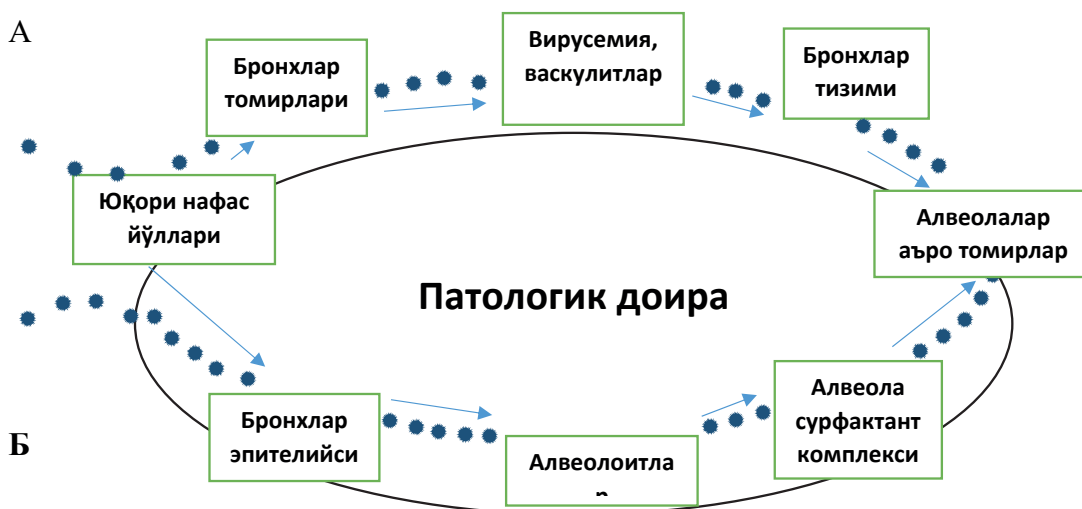
Сурфактантни алвеола деворидаги йирик маҳсус секретор хужайралар ишлайди ва доимий равишда альвеола юзасини сурфактант билан таъминлаб туради. Шу ерда **икки фикр пайдо бўлади-бири**: короновирус секретор альвеолоцитни заҳарлаб ўлдиради ва сурфактант ишлашни блоклаб қўяди, 2-типдаги пневмоцит нисбатан АПФ2 га бой бўлгани учун, вируслар уларни тезроқ жароҳатлайди, **иқкинчи фикр**: 2-пневмоцитлар **1-пневмоцитларни ҳосил қилади** (Жункейро ва Карнейро), демак иккала альвеолоцитнинг ўлиши ва камайиб кетиши касалликни оғирлашаувиға ва ўлимга тезроқ олиб келади. Ўпкада уч млн алвеола бор, уларни умумий сатҳи 140 квмдан кўп .

Хўш короновирус билан касалланганда ривож топадиган пневмониянинг бошланғич жойи қаерда? - деган савол пайдо бўлади. .Жавоблар кўп, лекин тўғридан тўғри биринчидан томирлар жароҳат топади дейишга шошилмайлик, бу қийин жараён , чунки вирусларнинг интерстицийга етиб бориши учун тўсиқлар кўп(кўпқаторли эпителий, унинг устини қоплаган қадахимон хужайраларнинг секретри, базал мембрана, хусусий қават ва ундаги бириктирувчи тўқима хужайралари.

Демак **альвеоляр омил биринчи бўлиши керак**, –, вируслар аввал репликация жараёни учун ёғларни ишлайдиган альвеолаларга ёпишиб олади, уларни жароҳатлайди. Маълум двражада ўлган альвеолоцитларни вирусга қўшиб альвеоляр макрофаглар томонидан фагоцитоз қилинади, лизосмалари орқали эритилади. Янги пайдо бўлган вируслар альвеолалалар аро томирларга кириб, васкулитлар ҳосил бўлади , натижада биринчи ва иккинчи йўллар қўшилиб, **патологик доира** (шаклга қаранг)ҳосил бўлади, пневмония ривожланади.ва нафас етишмовчилигининг асосида альвеолалаларнинг ишлайолмаслиги ва нафасс ололмаслиги ётади.

Адабиётларда **сурфактант етишмовчилиги** асосида пневмониянинг пайдо бўлиши ва ривожини ҳақида малумотлар (айниқса педиатрия соҳасида) етарлик. Шунинг учун “Ковид -19” вирусли пневмонияда бошқа воситалар қаторида сурфактант синтезини тезлаштирадиган воситалаларни излаш лозим бўлади

Шакл
COVID-19 вирусининг альвеолаларга кириш йўллари
А БРОНХ ТОМИРЛАРИ ЙЎЛИ



● -Covid 19 вируси

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, вирусларнинг ўпка паренхимасига-респиратор қисмига кириб боришида респиратор йўл асосий бўлиб. Бу йўлда вирус учун қулайликлар бор: бронхлар эпителийси альвеола томон юққалашиб боради, тўсиқлар кўп эмас, репликация учун сурфактант бор, альвеолоцит ичига кириши учун АПФ2 нисбатан бу доирдан кўпроқ. Иккинчи хусусият иккала йўл ҳам респиратор қисмда боғланиб умумий **патологик доирани** ҳосил қилади. Бу патологик доира ўпка жароҳати патогенезида асосий рол ўйнайди.

Адабиётлар.

1. Абатуров А.Е., Агафонова Е.А., Кривуша Е.Л., Никулина А.А. Патогенез COVID-19, ЗДОРОВЬЕ. РЕБЕНКА.г. Днепр, Украина 2020;15(2):133-144 стр. .
2. Кубанов А.А., Дерябин Д.Г. Новый взгляд на патогенез COVID-19. Вестник РАМН. 2020;75(2):115–117. стр)
3. Диагностика, лечение и профилактика новой коронавирусной инфекции. Методические рекомендации ГВМУ, МОРФ, 40 стр. Москва,
4. Paz Ocaranza M, Riquelme JA, García L, et al. Counter-regulatory renin-angiotensin system in cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol.* 2020;17(2):116–129. doi:
5. Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veesler D. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell.* 2020 Mar 6. doi:10.1016/j.cell.2020.02.058.
6. Wrapp D, Wang N, Corbett KS, et al. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science.* 2020;367(6483):1260–1263. doi:10.1126/science.abb2507.
7. Liu Y, Yang Y, Zhang C, et al. Clinical and biochemical indexes from 2019-nCoV infected patients linked to viral loads and lung injury. *Sci China Life Sci.* 2020;63(3):364–374. doi:10.1007/s11427-020-1643-8.
8. Sun P, Lu X, Xu C, Sun W, Pan B. Understanding of COVID-19 based on current evidence. *J Med Virol.* 2020;10.1002/
9. Wevers BA, van der Hoek L. Renin-angiotensin system in human coronavirus pathogenesis. *Future Virol.* 2010;5(2):145–161. doi:10.2217/fvl.10.4.
10. Li X, Geng M, Peng Y, Meng L, Lu S. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *Journal of Pharmaceutical Analysis.* 2020 Mar 5. doi:10.1016/j.jpha.2020.03.001.
11. Xu Z, Shi L, Wang Y, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med.* 2020;8(4):420–422. doi:10.1016/S2213-2600(20)30076-X.

УДК 616-084

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

¹Палванов Т.М., ²М.А. Гафур-Ахунов, ³А.Ю. Ибрагимов

¹Областной онкологический диспансер, г. Ургенч, ²Областной онкологический диспансер, г. Ташкент,

³1 Городская клиническая больница им. Ибн Сино, ГУЗ г. Ташкента

Рост числа больных онкологическими заболеваниями, высокий уровень инвалидизации таких пациентов и, как следствие, значительные социально-экономические потери общества поддерживают непреходящий интерес к вопросам совершенствования онкологической помощи населению. В частности, остается острой актуальность вопроса профилактики онкозаболеваний, как первичной, так и вторичной. В статье авторы представляют организационные аспекты вторичной профилактики злокачественных новообразований, влияющие на продолжительность жизни больного, успех или неуспех проводимого лечения, и рассматривают вопрос профилактики онкозаболеваний с точки зрения экономической выгоды.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, вторичная профилактика рака, раннее выявление рака.

СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИНГ БИРЛАМЧИ БЎҒИНИ ДАРАЖАСИДА ХАВФЛИ ЎСМА КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА АНИҚЛАШДА ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА ЎТКАЗИШНИНГ ТАШКИЛИЙ АСОСЛАРИ

Саратон касаллиги сони кўпайиб бориши, бундай беморларнинг ногиронлик даражасининг юқорилиги ва натижада жамият учун сезиларли ижтимоий-иқтисодий йўқотишлар аҳолига онкологик ёрдамни такомиллаштиришга бўлган қизиқишни давом эттиради. Хусусан, бирламчи ва иккинчи даражали саратонни олдини олиш масаласи долзарб бўлиб қолмоқда. Мақолада муаллифлар беморнинг умр кўриш давомийлигига, даволанишнинг муваффақияти ёки муваффақиятсизлигига таъсир қиладиган усимталарнинг иккиламчи профилактикасининг ташкилий жиҳатларини тақдим этадилар ва саратон касаллигининг олдини олиш масаласини иқтисодий фойда нуқтаи назаридан кўриб чиқишади.

Калит сўзлар: ўсмалар, саратоннинг иккиламчи профилактикаси, саратонни эрта босқичда аниқлаш.

ORGANIZATIONAL FEATURES AND EARLY DETECTION OF MALIGNANT NEOPLASMS DURING SECONDARY PREVENTION AT THE PRIMARY HEALTH CARE LEVEL

The increase in the number of patients with cancer, the high level of disability of such patients and, as a consequence, significant socio-economic losses to society support the continuing interest in improving cancer care for the population. In particular, the issue of cancer prevention, both primary and secondary, remains acute. In the article, the authors present the organizational aspects of secondary prevention of malignant neoplasms that affect the patient's life expectancy, the success or failure of the treatment, and consider the issue of cancer prevention from the point of view of economic benefits.

Keywords: malignant neoplasms, secondary prevention of cancer, early detection of cancer.

Актуальность вопроса. Онкологические заболевания относятся к группе социально-значимых, за счет высокой распространенности среди населения, высокой летальности и как следствие, больших экономических потерь. Экономические потери при злокачественных новообразованиях обусловлены высокой стоимостью лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий, длительной, часто необратимой утратой работоспособности, значительными затратами на социальное обеспечение и страхование. Тяжелое течение, неблагоприятный прогноз многих нозологических форм злокачественных новообразований, необходимость длительного лечения обуславливают возникновение сложного комплекса социальных, психологических, деонтологических и нравственных проблем.

Поэтому вопрос профилактики злокачественных новообразований (ЗКНО), как первичной, направленной на выявление и устранение этиологических факторов, так и вторичной, имеющей целью раннее выявление злокачественных новообразований, отмечен в работах многих специалистов.

Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию онкологической службы и совершенствованию онкологической помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» №ПП-2866 определены критерии достижения поставленных задач в плане снижения смертности от новообразований. Указом утверждена Государственная программа действий по профилактике, раннему выявлению онкологических заболеваний среди населения, внедрению передовых методов диагностики и лечения, укреплению материально-технической базы и кадрового потенциала, а также совершенствования структуры онкологических учреждений страны.

Организационные аспекты вторичной профилактики злокачественных новообразований. По данным ВОЗ, злокачественные новообразования – это вторая из основных причин смертности в мире, после сердечно-сосудистых заболеваний. В 2018 г. от этого заболевания умерли 9,6 млн человек. Рак становится причиной практически каждой шестой смерти в мире. Около 70% случаев смерти от рака происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. Примерно в трети случаев смерть от ЗКНО обусловлена пятью основными источниками риска, связанными с поведением и рационом питания. Это высокий индекс массы тела, низкий уровень потребления фруктов и овощей, отсутствие физической активности, употребления табака и употребления алкоголя [17].

Ежегодно отмечается увеличение частоты возникновения и высокий уровень смертности от онкологических заболеваний. Приходится констатировать, что большинство вновь учтенных онкологических больных имеют распространенную стадию заболевания и требуют затратного комплексного лечения, в результате которого их нередко ожидают инвалидность и изоляция от общества [1, 4, 5].

В качестве причин инвалидности онкологические заболевания занимают также второе место после болезней системы кровообращения, а по тяжести инвалидизации — первое [1].

В 2019 году в Узбекистане выявлено 24 648 случаев злокачественных новообразований (ЗКНО), в том числе 10 511 и 14 137 у пациентов мужского и женского пола соответственно. Показатель заболеваемости ЗН на 100 000 населения составил 74,1 и это на 5,4% выше, чем в 2018 году и на 29,7% выше, чем в 2009 году [14]. Только 22,2% больных выявлены при проведении профилактических осмотров [14]. Это является низким показателем по сравнению с развитыми странами.

В структуре заболеваемости ЗКНО в РУз за последние годы лидирующие позиции сохраняют рак молочной железы, желудка и шейки матки с показателями заболеваемости 11,2, 5,7 и 5,6 на 100 000 населения соответственно [14].

В государствах с развитой системой здравоохранения уделяется огромное внимание

вторичной профилактике онкологических заболеваний. Но интересен тот факт, что скрининг как программное мероприятие там утратило свое значение, но вошло неотъемлемой составляющей в страховку граждан и именно по этой причине выявление ранних стадий злокачественных новообразований в странах Европы в рядовом случае превышает 60% [17, 18].

В европейских странах и США достаточно давно наблюдается тенденция к замедлению и снижению смертности от злокачественных новообразований за счет эффективно работающих профилактических программ и улучшения раннего выявления рака, а также за счет высококачественного лечения [18].

В мировой практике на профилактику выделяется около 30% финансовых средств, на лечение — 50%, на реабилитацию — 20% [18].

Значимость раннего или, точнее сказать, своевременного выявления онкологического заболевания бесспорна, поскольку именно она определяет продолжительность жизни больного, успех или неуспех проводимого лечения. Отсутствие программ по профилактике и раннему выявлению в регионах ведет к запущенности и росту летальности, снижению выживаемости пациентов [1, 18].

Анкетный опрос – как основа для дальнейшего селективного скрининга – позволяет выделять группы риска и сужать контингент лиц, нуждающихся в дополнительном обследовании, в 4-6 раз. Полученная информация обычно используется с целью выявления определенной патологии. Однако информационные массивы скрининга обладают большими ресурсами: они могут и должны быть использованы в планировании организационных мероприятий в первичном звене [7].

Абстрактные «дни открытых дверей в поликлиниках», равно как и «чтение лекций населению по актуальным вопросам раннего выявления рака» имеют весьма сомнительный результат, так как не имеют системности и академичности в подходах, охватывают малую выборку населения [6]. Свою значимость приобретают детализированные базы данных онкологических больных – популяционные канцеррегистры, которые должны быть информационной основой организации раннего выявления рака.

Задача вторичной профилактики онкологических заболеваний – ранняя диагностика опухолей и их своевременное лечение. Пути реализации – повышение медицинской грамотности и ответственности каждого за свое здоровье. Вторичная профилактика целиком и полностью ложится на лечебно-профилактические учреждения первичного звена. Разрабатывая программу профилактики, нужно помнить о качественном проведении онкологических осмотров населения. Так как эффективность диспансеризации зависит от качества врачебного осмотра, то решение задач профилактики и ранней диагностики должно достигаться силами медицинских работников первичного звена здравоохранения. Справедливо считается, что наибольшее значение в диагностике имеют опыт и квалификация врача. Но уметь заподозрить опухоль должны врачи любых специальностей [15].

Недостаточная онкологическая грамотность врачей первичного звена делают профилактический осмотр в ряде случаев низкоэффективным средством профилактики. В современных условиях высокой заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований врач должен быть не просто «онкологически настороженным», а «онкологически грамотным». Сегодняшнее реформирование системы здравоохранения предполагает значительное усиление роли и квалификации специалистов первичного звена здравоохранения, поэтому значительно повышаются требования к медицинским работникам и в сфере онкологии.

Структура заболеваемости

В структуре заболеваемости мужского населения преобладают опухоли легкого, желудка, кожи и предстательной железы, а у женщин – кожи, тела матки, желудка, ободочной кишки и шейки матки. У женщин злокачественные новообразования органов репродуктивной системы составляют более 35%, при этом на опухоли половых органов приходится около половины из них [10, 12, 16].

Оценка причин запущенных форм рака кожи также показывает, что на первом месте стоит отсутствие онкологической настороженности, а также недостаточное знание врачами всех специальностей клинической картины и течения заболевания [8].

Для рака кожи доступен весьма простой метод первичной профилактики – исключение чрезмерной инсоляции и солнечных ожогов. По такому эффективному пути уже давно следуют, в частности, европейские страны. Тем не менее, зная об этом факте, онкологическая служба

Таджикистана разрабатывает национальную программу борьбы против рака кожи, направленную, прежде всего, на вторичную профилактику [3].

Опухоли другой визуальной локализации – рак молочной железы – не нуждаются в представлении. Достоверно известно, что рак молочной железы – это то заболевание, которое отличается неуклонным ростом ежегодного числа заболевших женщин, высочайшим уровнем заболеваемости, высокой частотой инвалидизации. В Узбекистане рак молочной железы занимает лидирующие позиции среди всех злокачественных опухолей – 11,2 случаев на 100 000 населения. По данным 2019 года, удельный вес случаев рака молочной железы составляет 19,4% среди пациентов, состоявших на учете [14].

Раннее выявление рака молочной железы в 55-60% случаев позволяет провести маммографический скрининг и уменьшает процент одногодичной летальности. Поэтому действенные профилактические и скрининговые программы при этой патологии просто необходимы. Принципиально важно отметить, что скрининг и профилактика в общепринятом смысле этого слова – разные вещи и скрининг не является методом предупреждения развития рака молочной железы [8, 11, 12].

При раке шейки матки возможности раннего выявления теоретически не ограничены. Для этого достаточно правильного использования доступных и информативных методов морфологической и эндоскопической диагностики. Кроме того, своевременное выявление и лечение фоновых и предраковых процессов шейки матки позволяют предотвратить развитие опухолевого процесса [16].

К мероприятиям вторичной профилактики рака шейки матки относят цервикальный скрининг при обследовании всех женщин с целью выявления и своевременного лечения патологических изменений шейки матки.

Визуальный метод в сочетании с маркерными тестами в некоторых исследованиях показал чувствительность, эквивалентную таковой цитологического метода. Так, его чувствительность для цервикальных интраэпителиальных повреждений высокой степени составила 80-83% при специфичности 64-87% [13, 16].

Визуальный метод является альтернативой цитологии в развивающихся странах. Он дешевле, его чувствительность и специфичность составляют от 69% до 94%, не требует транспортировки, может выполняться медицинской сестрой. В то же время данный метод имеет недостатки: возможна гипердиагностика, ненадежен в менопаузе [13].

Широкое внедрение профилактических программ во многих развитых странах позволило значительно снизить заболеваемость и смертность от рака шейки матки за счет своевременного выявления и адекватного лечения предопухолевых состояний шейки матки. Дискуссии продолжаются в отношении некоторых моментов, касающихся необходимости широкого внедрения ВПЧ-теста, возможностей использования других биомаркеров, эффективности визуального метода, путей повышения чувствительности и специфичности цитологического исследования, оптимальной тактики врача при ведении пациенток с неясными результатами цитологического исследования и т.д. [13].

Опухоли головы и шеи также не должны вызывать особых сложностей в постановке корректного диагноза, поскольку отличаются яркими клиническими симптомами и доступны осмотру (рак языка, полости рта, полости носа, губы и др.). Тем не менее, основная масса больных (около 50%) обращается за специализированной помощью с распространенными и запущенными опухолевыми процессами [2, 5].

Прогноз при злокачественных новообразованиях головы и шеи напрямую зависит от стадии заболевания при первичном обращении пациента при условии адекватного лечения в последующем времени. Поэтому чрезвычайно актуальным является обучение врачей первичного звена правилам обследования больных с подозрением на рак этой локализации, формирование онкологического взгляда. Сопоставление тщательно собранного анамнеза, клинической картины и грамотное физикальное обследование в большинстве случаев приводит к постановке правильного диагноза и выбору адекватной лечебной тактики. Кроме того, большинство опухолей головы и шеи легко доступны для взятия биопсии [2].

Отдельно стоит упомянуть злокачественные новообразования печени. Ежегодно злокачественные опухоли печени выявляются более чем у одного миллиона человек по всему миру [20]. На долю рака печени приходится до 75–90% первичных новообразований этого органа. Первичный рак печени является одной из наиболее тяжелых онкологических патологий, занимающей в некоторых странах

ведущую позицию в структуре онкологической заболеваемости [19].

Наиболее распространенным вариантом злокачественных новообразований печени является гепатоцеллюлярный рак, характеризующийся быстро прогрессирующим течением с неблагоприятным прогнозом [19].

В настоящее время в мировой литературе принята точка зрения о том, что более чем в 80% случаев гепатоцеллюлярной карциномы последняя является результатом воздействия вирусов гепатита В и С [20.]. Гепатоцеллюлярная карцинома составляет большинство ЗН печени (81,6%) и диагностируется чаще в возрасте старше 60 лет (78,2%) и в IV стадии (47,9%) [20].

Существенных трудностей в диагностике вирусных гепатитов и первичного рака печени практически не существует, но проблема состоит в том, что у 70–85% больных первичным раком печени на момент обследования выявляется распространенный опухолевый процесс, когда практически невозможно радикальное хирургическое лечение [20].

Среди мер вторичной профилактики наиболее актуальными являются своевременная диагностика вирусных гепатитов и лечение, направленное на восстановление функции печени и предотвращение цирроза [20].

В Ферганской области был проведен анализ эффективности организационного подхода мониторинга последствий хронического гепатита В и С. На модели области была создана система многоступенчатого диспансерного наблюдения за больными, отнесенными к «группе риска», которые являются вирусоносителями в течение 10 лет и более. Предложенная программа мониторинга и вторичной профилактики рака печени оказалась весьма успешной. Уточняющая диагностика была проведена 102 больным, страдающим хроническим гепатитом В и С. Из них у 16 (13,3 %) больных выявлен диффузный цирроз печени, у 12 (11,8 %) – наличие узловых образований печени, в т.ч. в 5 (41,6 %) случаях обнаружен операбельный гепатоцеллюлярный рак. Таким образом, необходимо повсеместно внедрять разработанный принцип ранней диагностики рака печени у лиц, перенесших вирусные гепатиты В и С, что вносит существенный вклад во вторичную профилактику гепатоцеллюлярного рака. Систематическое обследование пациентов позволяет выявить операбельный рак печени более чем в 50% случаев [20].

Задача выявления ЗКНО на ранних стадиях может быть решена только с помощью системного и комплексного подхода, включающего мероприятия по первичной и вторичной профилактике, организованные скрининговые методы обследования, программы информационной поддержки проводимых мероприятий, образовательные программы для врачей первичного звена, контроль результатов проводимых мероприятий по раннему выявлению ЗКНО [6].

Масштаб проблемы, имеющей медицинский, социальный и экономический аспекты и рассматриваемой как важная государственная задача, диктует необходимость разработки и внедрения в практику новых методов управления онкологической ситуацией, нацеленных на эффективное в медико-социальном плане и комплексное использование профилактических технологий раннего выявления злокачественных новообразований, которые могут быть тиражированы повсеместно для сохранения здоровья граждан Узбекистана.

Литература.

1. Агеенко А.И. Новая диагностика рака: теория, диагностика, лечение, реабилитация / А.И. Агеенко. - М.: Медицина XXI, 2004. - 408 с.
2. Васильев Ю.С. Раннее выявление и методика обследования больных со злокачественными новообразованиями органов головы и шеи / Ю.С. Васильев, А.В. Важенин, С.В. Яйцев // Справочник врача общ. практики. -2006. -№4. - С. 93-97.
3. Джафаркулиев Ф.Д. Особенности раннего выявления онкологических больных в условиях частной клиники с интегрированной медицинской базой / Ф.Д. Джафаркулиев // Материалы IV съезда онкологов и радиологов СНГ. - Баку, 2006. - С. 10.
4. Комов Д.В. Общие принципы диагностики злокачественных опухолей / Д.В. Комов, И.Г. Комаров // Пробл. клин. медицины. - 2005. - № 4. - С. 10-15.
5. Кулакеев О.К. Эпидемиология и некоторые показатели рака пищевода в Южном Казахстане / О.К. Кулакеев, И.Р. Юнусметов, Д.Т. Арыбжанов // Тюм. мед. журн. - 2008. - № 3-4. - С. 9.
6. Куприянова Н.С. Основные направления разработки реализации городской противораковой программы: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.С. Куприянова. - М., 2007. - 51 с.
7. Лазарев А.Ф. Особенности диспансерного наблюдения в группах высокого онкологического риска при некоторых заболеваниях молочной железы / А.Ф. Лазарев, Т.В. Синкина В.Д. Петрова // Тюм. мед. журн. - 2003. - №3-4. -С. 24-25.
8. Михайлова С.А. Организационно-методические аспекты ранней диагностики рака молочной железы /

- С.А. Михайлова, А.В. Важенин // Иероглиф. - 1999. - Вып. 8. - С. 17-18.
9. Озиева Л.В. Результаты эпидемиологических исследований рака тела матки у жительниц города Красноярска. Влияние промышленно- производственных факторов на частоту заболеваемости / Л.В. Озиева // Тюм. мед. журн. -2003. -№ 3-4. - С. 18.
 10. Писарева Л.Ф. Особенности заболеваемости раком шейки матки населения Читинской области / Л.Ф. Писарева, А.П. Бояркина, Е.В. Каюкова // Сиб. онкол. журн. - 2010. - № 6 (42). - С. 42-48.
 11. Пономарев И.О. Использование информационных ресурсов селективного скрининга для анализа факторов риска предрака и рака молочной железы / И.О. Пономарев // Онкология. - 2003. - Т. 5, № 3. - С. 233-236.
 12. Решетов И.В. Хирургическая профилактика рака молочной железы / И.В. Решетов, С.А. Кравцов, А.П. Поляков // Актуал. вопр. онкологии и онкол. помощи в системе ФМБА России: материалы науч.-практ. конф. - М., 2006.-С. 76.
 13. Сосновский И.Б. Распространенность и современные методы лечения рака предстательной железы в Краснодарском крае / И.Б. Сосновский // Здоровоохранение РФ. - 2009. - № 1. - С. 52-54.
 14. Сурова Н.В. Подходы к раннему выявлению рака шейки матки / Н.В. Сурова, С.Н. Суходолец, Е.Я. Панова // Актуал. вопр. теорет., экспериментал. и клин, онкологии : материалы науч.-практ. конф. онкологов и врачей общей лечебной сети, посвящ. 60-летию онкол. службы Оренбуржья. - Оренбург, 2006. - С. 359-363.
 15. Тилляшайхов М.Н. Снизить заболеваемость раком в стране: принятые меры / // Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С.М. и др., Организация и управление здравоохранением – 2020, №10, 2021, №1.
 16. Хасанов Р.Ш. Организационные технологии раннего выявления злокачественных новообразований / Р.Ш. Хасанов, К.Т. Шакиров, И.А. Гилязутдинов // Материалы IV съезда онкологов и радиологов СНГ. - Баку, 2006. - С. 27.
 17. Юдин С.В. Некоторые проблемы профилактической онкологии органов репродуктивной системы женщин / С.В. Юдин, М.В. Жерновой // Актуал. вопр. онкологии и онкол. помощи в системе ФМБА России: материалы науч.-практ. конф. -М., 2006. - С. 15-16.
 18. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
 19. Verdecchia, A. Efficacy of cancer control: A public health perspective / A. Verdecchia, E. Feuer // Rapp. ISTISAN. - 2006. - № 50. - P. 88-92.
 20. Чебнэр Б.Э. Руководство по онкологии // Брюс Э.Чебнэр, Томас Дж. Линч, Дэн Л. Лонго: пер. с англ. / под общ. ред. акад. РАЕН, проф. В.А.Хайленко. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - С. 441-447.
 21. З.А. Исламбекова, Принципы ранней диагностики рака печени, ассоциированного с хроническим гепатитом В и С, Сибирский онкологический журнал, 2009, №1

УДК 616.12-008.464

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ.

Курбанов Р.Д., Кучкаров Х.Ш., Зокиров Н.У., Султонов Б.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии

Фибрилляция предсердий – самое часто встречающаяся нарушение ритма сердца при сердечной недостаточности. Фибрилляция предсердий увеличивает риск развития тромбоэмболических осложнений (особенно инсульта) и ухудшает функцию сердца, что может привести к нарастанию симптомов сердечной недостаточности. В данной статье рассматриваются современные взгляды на диагностику и лечения фибрилляции предсердий у данной группы больных.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, хроническая сердечная недостаточность, бета-блокаторы.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ВА БУЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ. ТЕРАПИЯНИНГ ЗАМОНАВИЙ ИМКОНИАТЛАРИ.

Бўлмачалар фибрилляцияси – юрак етишмовчилигида энг кўп учрайдиган юрак ритми бузилишидир. Бўлмачалар фибрилляцияси тромбоэмболик асоратлар (айниқса инсульт) хавфни оширади ва юрак функциясини бузади, бу эса юрак етишмовчилиги белгиларининг кучайишига олиб келиш мумкин. Ушбу мақолада шу гуруҳ беморларида бўлмачалар фибрилляциясини ташхислаш ва даволаш бўйича замонавий қарашлар муҳокама қилинади.

Калит сўзлар: бўлмачалар фибрилляцияси, сурункали юрак етишмовчилиги, бета-блокаторлар.

CHRONIC HEART FAILURE AND ATRIAL FIBRILLATION. MODERN POSSIBILITIES OF THERAPY

Atrial fibrillation is the most common heart rhythm disorder in heart failure. Atrial fibrillation increases the risk of thromboembolic complications (especially stroke) and impairs heart function, which can lead to increased symptoms of heart failure. This article discusses modern views on the diagnosis and treatment of atrial fibrillation in this group of patients.

Keywords: atrial fibrillation, chronic heart failure, beta blockers.

Фибрилляция предсердий (ФП) - это наджелудочковая тахикардия, для которой характерно хаотическая электрическая активность предсердий с частотой (300-700 в минуту – волны ff) и нерегулярный ритм желудочков (если отсутствует атриовентрикулярная блокада 3 степени).

Сердечная недостаточность (СН) определяется клинически как синдром, при котором пациенты имеют типичные симптомы (одышка, отеки лодыжек, усталость) и признаки (повышенное давление в яремной вене, хрипы в легких, периферические отеки), вызванные нарушением структуры и/или функции сердца, что приводит к уменьшению сердечного выброса и/или повышению внутрисердечного давления в покое или во время нагрузки [1].

ФП увеличивает риск тромбоэмболических осложнений (в т.ч. ишемического инсульта) в 5-7 раз, СН в 3,5 раза, частоту госпитализации до 40%, смертность в 2-2,5 раза.

Общие факторы риска и патофизиологические механизмы объясняют частое сочетание ФП и ХСН (Рисунок 1)



Рисунок 1. Сердечно-сосудистый континуум.

У многих пациентов (более 30%) с ХСН развивается ФП [2-4]. Это связано с наличием общих факторов риска (ФР) и схожими патофизиологическими механизмами [5], к которым относятся структурное ремоделирование сердца, активация нейрогормональных механизмов и ухудшение функции ЛЖ на фоне тахисистолии при ФП (Рисунок 2). Доказано, что пациенты с сопутствующей ХСН на фоне ФП имеют более неблагоприятный прогноз в отношении увеличения смертности, независимо от показателей фракции выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) [6, 7] (сохранная ФВ ЛЖ при значении $\geq 50\%$, либо снижение ФВ ЛЖ менее 40%) [8, 9].



Рисунок 2. Патологический «порочный круг» развития СН и ФП.

Тактика лечения. Принципиально, существуют две стратегии лечения больных ФП:

1) «**контроль частоты**» – снижение частоты сокращений желудочков на фоне сохраняющейся ФП, предполагающий воздержание от собственно противоаритмического лечения; при этом сама по себе ФП может иметь пароксизмальное, персистирующее или постоянное течение;

2) «**контроль ритма**» – восстановление и как можно более длительное сохранение синусового ритма посредством лекарственного и/или немедикаментозного противоаритмического лечения. Проведение противоаритмического лечения не избавляет от необходимости «контроля частоты», так как всегда существует вероятность рецидива ФП, которая не должно протекать с избыточно высоким ритмом желудочков [10]. Рекомендации по ведению больных с ХСН в сочетании ФП представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Рекомендации по ведению пациентов с ускоренным желудочковым ритмом у пациентов с СН и ФП в острой или хронической форме [1].

Рекомендации	Класс	Уровень
Экстренная электрокардиоверсия рекомендована пациентам с ФП, если предполагается, что она стабилизирует гемодинамику пациента и улучшит его клиническое состояние.	I	C
Для снижения ЧСЖ у пациентов с СН IV ФК по N YHA в дополнение к лечению ОСН следует рассмотреть внутривенное введение амиодарона или дигоксина, пациентам, не принимающим дигоксин ранее.	IIa	B
Пероральные ББ безопасны для применения у пациентов с СН I-III ФК по N YHA, и поэтому рекомендуется в качестве терапии первой линии для контроля ЧСЖ, при условии, что пациент достаточно гидратирован.	I	A
Следует рассмотреть применение дигоксина у пациентов с СН I-III ФК по N YHA, если, несмотря на применение ББ, сохраняется высокая ЧЖС или в случае, когда имеется резистентность к ББ или они противопоказаны.	IIa	B
Катетерная абляция АВ-узла может быть рассмотрена для контроля ЧСС и уменьшения симптомов у пациентов, не отвечающих или, имеющих непереносимость к препаратам, снижающим ЧСС и к терапии контроля ЧСС, принимая во внимание то, что данные пациенты станут зависимыми от водителя ритма.	IIb	B
Не рекомендуется лечение дронедароном для контроля ЧЖС из-за соображений безопасности.	III	A

Контроль частоты желудочковых сокращений осуществляется приемом бета-блокаторов (небиволол, метопролол, карведилол, бисопролол) или их сочетанием с сердечными гликозидами (дигоксин). Использование препаратов из группы блокаторов медленных кальциевых каналов

(верапамил, дилтиазем) не рекомендуется при ФВ < 40%. В случае отсутствия необходимого эффекта (снижение число желудочковых сокращений до адекватного уровня 80-90 уд/мин) возможно добавление амиодарона (особенно при наличии жизнеугрожающих желудочковых аритмий). Если медикаментозная терапия недостаточно эффективно для контроля частоты желудочковых сокращений можно применить радиочастотную абляцию (деструкцию) АВ-узла с последующим установлением однокамерного электрокардиостимулятора.

Контроль ритма целесообразно при выраженных клинических проявлениях и плохой переносимости аритмии, при невозможности адекватного контроля частоты желудочковых сокращений и в ситуациях, когда адекватный контроль частоты желудочковых сокращений не сопровождается улучшением состояния (например, сохраняются выраженные симптомы ФП или развиваются проявления сердечной недостаточности). Существуют 2 способа восстановления синусового ритма – электроимпульсная терапия (ЭИТ) и медикаментозная кардиоверсия. Эффективность ЭИТ составляет 70-90%. Электрическая кардиоверсия рекомендуется для восстановления синусового ритма у больных с острой гемодинамической нестабильностью [10].

У пациентов без ИБС или структурной патологии сердца для фармакологической кардиоверсии непродолжительных пароксизмов ФП рекомендуется пропafenон (I, A), этацизин, аллапинин (II A, C). У больных с ИБС и/или структурным заболеванием сердца для медикаментозной кардиоверсии ФП рекомендуется амиодарон (I, A) [10].

Назначение антиаритмических препаратов (ААП) с целью предупреждения рецидивов ФП (пароксизмальной и персистирующей, после кардиоверсии) используется при наличии ярко выраженных симптомов аритмии, которые плохо поддаются устранению средствами контроля частоты сердечных сокращений. Такая профилактика проводится путем регулярного длительного применения антиаритмических препаратов I класса (аллапинин 75-150 мг/сут, пропafenон 450-1200 мг/сут, этацизин 150 мг/сут и др.) и III класса (сотатол 160-320 мг/сут, амиодарон 200 мг/сут). ААП I C класса противопоказаны больным со структурными заболеваниями сердца: с нарушенной систолической функцией левого желудочка (фракция выброса левого желудочка менее 50%), с любыми проявлениями сердечной недостаточности, любыми формами ишемической болезни сердца (независимо от клинических проявлений заболевания и проведения реваскуляризации), а также при гипертрофии миокарда левого желудочка, равной или превышающей 14 мм по данным эхокардиографического исследования. Единственным препаратом, разрешённым к применению с целью профилактики рецидивов ФП у больных сердечной недостаточностью, является амиодарон. В остальных случаях амиодарон не должен использоваться в качестве препарата первого выбора вследствие значительного количества несердечных побочных эффектов [10].

Одним из основных проблем в лечении данной категории больных является профилактика тромбоэмболических осложнений. В настоящее время доказано, что терапия оральными антикоагулянтами может предотвращать большинство ИИ у пациентов с ФП и способствует увеличению продолжительности жизни [11-19]. Данный подход превосходит по эффективности терапию аспирином или отсутствие приема антикоагулянтов у пациентов с различными ФР инсульта. Рекомендации ЕОК по профилактике тромбоэмболических осложнений приведены в таблице 2.

Таблица 2.

Рекомендации по профилактике тромбоэмболических осложнений у пациентов с симптомной СН (II–IV ФК по NYHA) и персистирующей/постоянной ФП [1].

Рекомендации	Класс	Уровень
Для оценки риска тромбоэмболических осложнений и риска кровотечений, связанных с приемом пероральных антикоагулянтов, у пациентов с СН рекомендуются шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc и HAS-BLED, соответственно.	I	B
Оральные антикоагулянты, в отсутствие противопоказаний, рекомендуются всем пациентам с пароксизмальной или персистирующей/постоянной ФП и количеством баллов по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥2, для профилактики тромбоэмболии, независимо от того, какая стратегия используется (контроль ритма или контроль ЧСС), в том числе после успешной кардиоверсии.	I	A

Препараты из группы НОАК противопоказаны пациентам с механическим протезом клапана или как минимум средней степени митрального стеноза.	III	B
Пациентам с ФП длительностью ≥ 48 часов или неизвестной длительностью эпизода ФП рекомендуется прием оральных антикоагулянтов в терапевтической дозе на 3 и более недель перед электрической или фармакологической кардиоверсией.	I	B
Пациентам, не получающим антикоагулянтную терапию в течение ≥ 3 недель, и которым требуется срочная электрическая или фармакологическая кардиоверсия для лечения жизнеугрожающей аритмии, рекомендовано внутривенное введение гепарина или низкомолекулярного гепарина и ЧП-ЭхоКГ.	I	C
Комбинация оральных антикоагулянтов и антиагрегантов не рекомендуется у больных с хронической (>12 мес.) коронарной болезнью сердца или заболеваниями периферических артерий из-за высокого риска кровотечений. Предпочтительнее лечение оральными антикоагулянтами после 12 месяцев.	III	C
У пациентов с СН и неклапанной ФП, которым показаны антикоагулянты по данным шкалы CHA ₂ DS ₂ -VASc, в качестве антикоагулянтов предпочтительнее обсуждать применение препаратов из группы НОАК, чем варфарин, поскольку эти препараты ассоциированы с более низким риском развития инсульта, внутримозгового кровоизлияния и смерти, в сравнении с повышенным риском развития желудочно-кишечного кровотечения при приеме варфарина.	IIa	B

Как видно из таблицы 2. для оценки риска тромбоемболических осложнений при ФП используется шкала CHA₂DS₂-VASc, а для оценки риска кровотечений при использовании оральных антикоагулянтов (ОАК) шкала HAS-BLED. При высоком риске (≥ 2 для мужчин, ≥ 3 для женщин) по шкале CHA₂DS₂-VASc все пациенты должны принимать ОАК. ОАК можно разделить на две группы:

- Антагонисты витамина К (варфарин);
- Новые оральные антикоагулянты (ривароксабан, дабигатран, апиксабан, эдоксабан).

На сегодняшний день все большее распространение получают НОАК.

Варфарин. Варфарин и другие АВК были первыми антикоагулянтами, которые стали использоваться у пациентов с ФП. Терапия АВК снижает риск инсульта на 60%, а смертность на 25% в сравнении с контрольной группой (терапия аспирином или отсутствие терапии) [11]. АВК используются у многих пациентов по всему миру с хорошими результатами, что отражено в сравнительных исследованиях варфарина и НОАК. Применение АВК ограничено узким терапевтическим диапазоном, необходимостью частого мониторинга и коррекции дозы, но при нахождении достаточного количества времени в терапевтическом диапазоне [1].

Ривароксабан. В исследовании ROCKET-AF (Сравнительное исследование эффективности ежедневного приема прямого ингибитора фактора Ха Ривароксабана и АВК с целью профилактики тромбоемболических осложнений и инсульта при ФП) [20] оценивалась эффективность и безопасность приема ривароксабана 20 мг 1 раз/день в сравнении с АВК. Доза ривароксабана была снижена до 15 мг ежедневно при уменьшении КлКр до 30-49 мл/мин по формуле Кокрофта-Голта. Ривароксабан был не хуже варфарина в профилактике инсульта и системных эмболий, и способствовал статистически значимому снижению их уровня на 21% в сравнении с варфарином [1].

Апиксабан. В исследовании ARISTOTLE (Исследование применения Апиксабана с целью уменьшения риска инсульта и других тромбоемболических событий при ФП) [21] апиксабан в дозе 5 мг два раза в день снижал развитие инсульта или системной эмболии на 21% в сравнении с варфарином, в сочетании с уменьшением риска развития больших кровотечений на 31% и снижением смертности от всех причин на 11% (все различия статистически достоверны) [1].

Дабигатран. В исследовании RE-LY (Рандомизированное исследование эффективности

долгосрочной антикоагулянтной терапии) дабигатран в дозе 150 мг 2 раза/день снижал развитие инсульта и системной эмболии на 35% в сравнении с варфарином без значимых различий по числу больших кровотечений. Дабигатран в дозе 110 мг 2 раза/день не превосходил варфарин в предотвращении развития инсульта и системной эмболии, на 20% снижал развитие крупных кровотечений [1]

Эдоксабан. В исследовании ENGAGEAF-TIMI 48 Эдоксабан в дозе 60 мг 1 раз/день не уступал варфарину и значительно снижал вероятность развития инсультов и системных эмболий (на 21%), а также больших кровотечений (на 20%) в сравнении с варфарином. [1].

В отличие от варфарина они не требуют постоянного контроля МНО или других показателей коагулограммы, у них меньше риск больших кровотечений, их действия не сильно зависят от приёма пищи (продукты содержащие витамин К ослабляют действие варфарина) и других препаратов (амиодарон, дигоксин, антибиотики группы макролидов и другие влияют на эффективность варфарина).

В то же время нужно помнить, что современные рекомендации запрещают использование НОАК пациентам с механическим клапаном, с средней и тяжелой степенью митрального стеноза. В этих ситуациях показан только варфарин.

Также следует отметить, что пациентам с ФП длительностью ≥ 48 часов или неизвестной длительностью эпизода ФП рекомендуется прием оральных антикоагулянтов в терапевтической дозе на 3 и более недель перед фармакологической, электрической или хирургической кардиоверсией.

ФП у пациентов с СН со сниженной ФВ ЛЖ. Терапия для контроля ЧСС при ФП и ХСН-нФВ должно быть индивидуальным во всех случаях, учитывая выраженность симптомов у пациентов; следует воздержаться от приема бета-блокаторов при острой декомпенсации ХСН и назначения дигоксина у пациентов с дисфункцией почек в связи с риском развития побочных эффектов. Пациенты с ФП, имеющие снижение систолической функции ЛЖ, при наличии выраженной клинической симптоматики могут нуждаться в дополнительном контроле ритма помимо снижения ЧСС, особенно в случае ухудшения ФВ ЛЖ на фоне длительной тахисистолии (развитие “тахи-кардиомиопатии”). Эффективность подобного подхода продемонстрирована в ряде небольших когортных исследований, где наблюдалось значимое улучшение функции ЛЖ после восстановления СР. Выполнение катетерной абляции может значимо повышать КЖ при ФП и ХСН-нФВ за счет улучшения систолической функции, однако требуются дополнительные исследования [1]. Согласно действующим рекомендациям ЕОК, у пациентов со сниженной ФВ ЛЖ (СН-нФВ) в дополнение к антикоагулянтным препаратам должна применяться стандартная терапия СН, включая антагонисты ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМР), имплантацию дефибрилляторов и сердечную ресинхронизирующую терапию, а также использование комбинированного ингибирования ренин-ангиотензиновой системы и неприлизина (ARNI) при хорошей переносимости препаратов из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или БРА, но их недостаточной эффективности в плане купирования симптомов [1] (Рисунок 3).

У тщательно отобранных пациентов СРТ улучшает работу сердца, уменьшает симптомы [22], способствует улучшению самочувствия [22], а также снижает заболеваемость и смертность [23]. Улучшение индекса QALY (добавленные годы жизни с поправкой на качество) у пациентов с СН от умеренной до тяжелой может быть связано на две трети с улучшением качества жизни и одна треть с увеличением продолжительности жизни [24].

СРТ рекомендуется симптомным пациентам с СН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS ≥ 150 мс, с БЛНПГ и ФВ $\leq 35\%$, не смотря на ОМТ, с целью уменьшения симптомов, заболеваемости и смертности. Также СРТ рассматривается симптомным пациентам с СН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS 130-149 мс, с БЛНПГ и ФВ $\leq 35\%$, не смотря ОМТ, с целью уменьшения симптомов, заболеваемости и смертности [1].

ФП у пациентов с СН с сохранной ФВ ЛЖ. Диагностика ХСН с сохранной ФВ ЛЖ затруднена у пациентов с ФП в связи со сложностью дифференцирования симптомов, связанных с аритмией и собственно проявлений СН. Проведение кардиоверсии и последующая повторная оценка клинических данных могут помочь в диагностике, но метод имеет эффективность только в плане купирования симптомов, в то время как специфическая терапия, улучшающая прогноз пациентов с ХСН при сохранной ФВ ЛЖ, в настоящее время отсутствует. Полезным

диагностическим методом является эхокардиография, которая позволяет оценить признаки структурной патологии сердца на фоне симптомной ФП (гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) и/или диастолическая дисфункция). Снижение ранней диастолической скорости кровотока e' , зарегистрированное при помощи тканевого доплера, отражает нарушение расслабления ЛЖ, в то время как отношение E/e' коррелирует с инвазивным измерением давления наполнения ЛЖ. Уровень предсердного натрийуретического пептида также измеряется с целью диагностики ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ, но данный показатель имеет тенденцию к повышению на фоне ФП, и оптимальные референтные значения нормы до сих пор неизвестны. Ведение пациентов с ФП и сопутствующей ХСН без снижения ФВ ЛЖ должно быть направлено на контроль баланса жидкости и коррекцию сопутствующих состояний, главным образом АГ и ишемии миокарда [1].

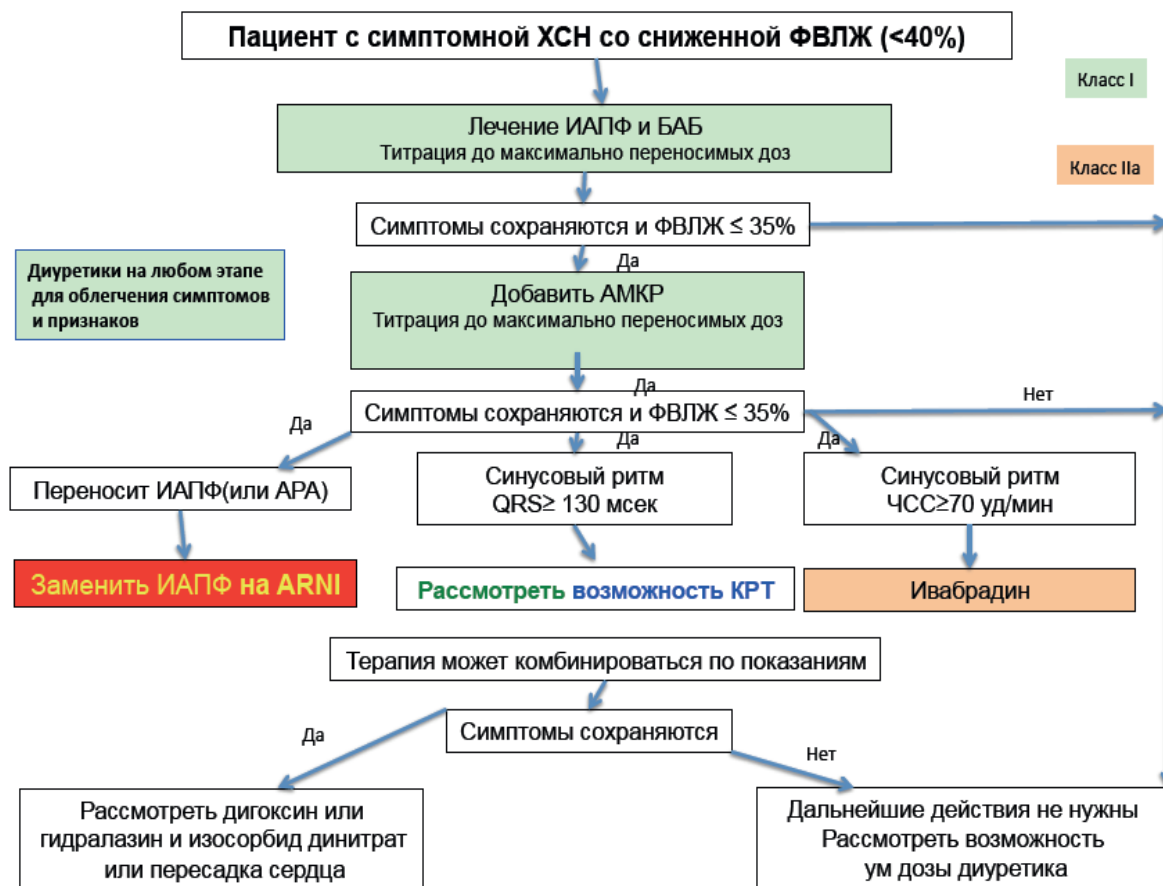


Рисунок 3. Ведение пациентов с ФП и ХСН.

ФП у пациентов с СН с промежуточным снижением ФВ ЛЖ. СН с промежуточным снижением ФВ ЛЖ является довольно новым понятием, применяемым у пациентов при наличии симптомов и признаков СН, незначительного снижения ФВ ЛЖ до 40–49% и повышения уровня натрийуретических пептидов, а также одного из следующих критериев либо их сочетания: ГЛЖ, увеличения левого предсердия (ЛП), либо проявлений диастолической дисфункции. При ФП диагностика затруднена, потому что на фоне аритмии возможна дилатация ЛП независимо от сопутствующей ХСН, так же, как и повышение концентрации натрийуретических пептидов. Значения ФВ ЛЖ при ФП могут быть вариабельны, в то время как эхокардиографическая оценка затруднена в связи со снижением систолической функции ЛЖ на фоне аритмии и вариабельностью длины сердечного цикла. Поэтому требуются дальнейшие наблюдения с целью разработки конкретных стратегий лечения для пациентов с ФП и ХСН с промежуточным снижением ФВ ЛЖ [1].

Исходя из вышеизложенного становится понятно, что проблема ФП и ХСН является очень актуальным в кардиологии и требует своевременной диагностики и корректного лечения. Доказано, что терапия АВК снижает риск инсульта на 60%, а смертность на 25% в сравнении с

контрольной группой (терапия аспирином или отсутствие терапии) [11]. А ривароксабан был не хуже варфарина в профилактике инсульта и системных эмболий, и способствовал статистически значимому снижению их уровня на 21% в сравнении с варфарином.

Литература.

1. Piotr Ponikowski, Adriaan A. Voors, Stefan D. Anker, et al. 2016 ESC GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ATRIAL FIBRILLATION DEVELOPED IN COLLABORATION WITH EACTS. *European Heart Journal* (2016), 37: 2129-2200, doi:10.1093/eurheartj/ehw128.
2. Guha KMcDonagh T. Heart failure epidemiology: European perspective. *Curr Cardiol Rev* 2013;9:123–127.
3. Braunschweig F, Cowie MR, Auricchio A. What are the costs of heart failure? *Europace* 2011;13:ii13–17.
4. Wodchis WPBhatia RSL Blanc KMeshkat NMorra D. A review of the cost of atrial fibrillation. *Value Health* 2012;15:240–248.
5. Kotecha DPiccini JP. Atrial fibrillation in heart failure: what should we do? *Eur Heart J* 2015;36:3250–3257.
6. Wang T, Larson J, Levy M, Vasan D, et al. Temporal relations of atrial fibrillation and congestive heart failure and their joint influence on mortality: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2003;107:2920–2925.
7. Mamas MA, Caldwell JC, Chacko S, et al. A meta-analysis of the prognostic significance of atrial fibrillation in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2009;11:676–683.
8. Olsson LGSwedberg KDucharme AGranger CBMichelson ELMcMurray JJPuu MYusuf SPfeffer MA. Atrial fibrillation and risk of clinical events in chronic heart failure with and without left ventricular systolic dysfunction: results from the Candesartan in Heart failure-Assessment of Reduction in Mortality and morbidity (CHARM) program. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:1997–2004.
9. Kotecha DChudasama RLane DAKirchhof PLip GY. Atrial fibrillation and heart failure due to reduced versus preserved ejection fraction: A systematic review and meta-analysis of death and adverse outcomes. *Int J Cardiol* 2016;203:660–666.
10. Евразийские клинические рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий. Евразийский кардиологический журнал. 2019, Ноябрь 25; 4:4-49 [Trans. into Eng. ed.: Eurasian Clinical Recommendations on Diagnosis and Treatment of Atrial Fibrillation. *Eurasian heart journal*. 2019, November 25; 4:50-85]
11. Hart RGPearce LA Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857–867.
12. Ruff CTGiugliano RPBraunwald EHoffman EBDeenadayalu NEzekowitz MDCamm AJWeitz JILewis BSParkhomenko AYamashita TAntman EM. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2014;383:955–962.
13. Lip GYLaroché Cloachim PMRasmussen LHVitali-Serdoz LPetrescu LDarabantiu DCrijns HJKirchhof PVardas PTavazzi LMaggioni APBoriani G. Prognosis and treatment of atrial fibrillation patients by European cardiologists: one year follow-up of the EURObservational Research Programme-Atrial Fibrillation General Registry Pilot Phase (EORP-AF Pilot registry). *Eur Heart J* 2014;35:3365–3376.
14. Kirchhof PAmmentorp BDarius HDe Caterina RLe Heuzey JYSchilling RJSchmitt JZamorano JL. Management of atrial fibrillation in seven European countries after the publication of the 2010 ESC Guidelines on atrial fibrillation: primary results of the PREvention of thromboembolic events—European Registry in Atrial Fibrillation (PREFER in AF). *Europace* 2014;16:6–14.
15. Nabauer MGERth ALimbourg TSchneider SOeff MKirchhof PGoette ALewalter TRavens UMeinertz TBreithardt GSteinbeck G. The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: Patient characteristics and initial management. *Europace* 2009;11:423–434.
16. Kirchhof PNabauer MGERth ALimbourg TLewalter TGoette AWegscheider KTreszl AMeinertz TOeff MRavens UBreithardt GSteinbeck G. Impact of the type of centre on management of AF patients: surprising evidence for differences in antithrombotic therapy decisions. *Thromb Haemost* 2011;105:1010–1023.
17. Alonso-Coello PMontori VMSola ISchunemann HJDevereaux PCharles CRoura MDiaz MGSouto JCalonso ROliver SRuiz RColl-Vinent BDiez AIGich IGuyatt G. Values and preferences in oral anticoagulation in patients with atrial fibrillation, physicians' and patients' perspectives: protocol for a two-phase study. *BMC Health Serv Res* 2008;8:221.
18. Lip GYAI-Khatib SMCosio FGBanerjee ASavelieva IRuskin JBlendea DNattel SDe Bono JConroy JMHess PLGuasch EHalperin JLKirchhof PMD GCCamm AJ. Contemporary management of atrial fibrillation: what can clinical registries tell us about stroke prevention and current therapeutic approaches? *J Am Heart Assoc* 2014;3:e001179.
19. Gorst-Rasmussen ASkjoth FLarsen TBRasmussen LHLip GYLane DA. Dabigatran adherence in atrial fibrillation patients during the first year after diagnosis: a nationwide cohort study. *J Thromb Haemost* 2015;13:495–504.
20. Patel MRMahaffey KWGarg JPan GSinger DEHacke WBreithardt GHalperin JHankey GJPiccini JPBecker RCNessel CCPalini JFBerkowitz SDFox KACaliff RM, ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:883–891.
21. Granger CBAlexander JHMcMurray JLLopes RDHylek EMHanna MAI-Khalidi HRAnsell JAtar DAVEzum

- ABahit MCDiaz REaston JDEzekowitz JAFlaker GGarcia DGeraldes MGersh BJGolitsyn SGoto SHermosillo AGHohnloser SHHorowitz JMohan PJansky PLewis BS Lopez-Sendon JLPais P Parkhomenko AVerheugt FWZhu JWallentin L, ARISTOTLE Committees and Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:981–992.
22. Chang S-HWu L-SChiu M-JLiu J-RYu K-HKuo C-FWen M-SChen W-JYeh Y-HSee L-C. Association of metformin with lower atrial fibrillation risk among patients with type 2 diabetes mellitus: a population-based dynamic cohort and in vitro studies. *Cardiovasc Diabetol* 2014;13:123.
23. Edner MCaidahl KBergfeldt LDarpo BEdvardsson NRosenqvist M. Prospective study of left ventricular function after radiofrequency ablation of atrioventricular junction in patients with atrial fibrillation. *Br Heart J* 1995;74:261–267.
24. Lip GYClementy NPierre BBoyer MFauchier L. The impact of associated diabetic retinopathy on stroke and severe bleeding risk in diabetic patients with atrial fibrillation: the Loire valley atrial fibrillation project. *Chest* 2015;147:1103–1110.

УДК:616.024-78;68

МОБИЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ПОВЫШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Ибадуллаева С.С.

(Ургенчский филиал ТМА)

Системы здравоохранения по всему миру испытывают на себе растущее давление и функционируют в условиях необходимости решения многочисленных сложных задач в области охраны здоровья, постоянной нехватки кадров и ограниченности бюджетов, что влияет на качество медицинской помощи. Использование технологий мобильной и беспроводной связи для профилактики заболеваний – система мобильного здравоохранения может изменить принцип медицинского обслуживания в мировых масштабах.

Ключевые слова: мобильное здоровье, медицинская культура, здравоохранение.

АҲОЛИ ОРАСИДА ТИББИЙ МАДАНИЯТНИ РИВОЖЛАНТИРИШДА МОБИЛ САЛОМАТЛИК

Бутун дунё бўйлаб соғлиқни сақлаш тизимлари кўплаб соғлиқни сақлаш муаммолари, доимий ходимлар етишмаслиги ва тиббий хизмат сифатига таъсир қилувчи чекланган бюджетларни енгиш учун кучайиб бораётган босим остида қолмоқда. Касалликларнинг олдини олиш учун мобил ва симсиз технологиялардан фойдаланиш – мобил соғлиқни сақлаш тизими бутун дунё бўйлаб тиббий ёрдам кўрсатиш усулини ўзгартириши мумкин.

Калит сўзлар: мобил саломатлик, тиббий маданият, соғлиқни сақлаш.

MOBILE HEALTHCARE IN INCREASING MEDICAL CULTURE AMONG THE POPULATION

Health systems around the world are under increasing pressure to cope with multiple health challenges, persistent staff shortages and limited budgets that affect the quality of care. Using mobile and wireless technology for disease prevention - mHealth could change the way healthcare is delivered globally.

Key words: mobile health, medical culture, healthcare.

Использование технологий мобильной и беспроводной связи для достижения целей проекта мобильного здравоохранения может изменить принцип медицинского обслуживания и в повышении медицинской культуры среди населения [1,2]. Это изменение обусловлено существенным сочетанием факторов. К ним относятся стремительное развитие в сфере мобильных технологий и программных приложений, появление новых возможностей внедрения мобильных технологий в существующие службы электронного здравоохранения, а также постоянное увеличение зон покрытия сетей мобильной и сотовой связи. По данным Международного союза электросвязи (МСЭ), на сегодняшний день число абонентов беспроводной связи составляет свыше 5 млрд. человек. Более 70% из них проживает в странах с низким и средним уровнем доходов. По сообщению Ассоциации, GSM, свыше 85% населения мира находятся в зоне покрытия коммерческих сетей беспроводной связи, чьи сигналы распространяются далеко за пределы электросетей [4,8].

Изучение данной литературы показал, что мобильное здравоохранение включает 14 категорий, таких как медицинские информационно-справочные службы, бесплатные экстренные телефонные службы, ликвидация чрезвычайных происшествий и катастроф, мобильная телемедицина, напоминания о приемах к врачу [7,9], мобилизация общества и укрепление здоровья, соблюдение режима лечения, мобильные медицинские карты, доступ к информации, контроль за состоянием больных, медицинское обследование и сбор данных, наблюдение за состоянием здоровья больных, повышение информированности общественности в области здравоохранения, а также системы обеспечения принятия решений [3,6].

Результаты исследования свидетельствуют о наличии широкой общественной поддержки. Большинство государств-членов (83%) предлагали не менее одного вида службы мобильного здравоохранения. Однако многими странами предлагалось от четырех до шести программ. Четырьмя наиболее часто упоминаемыми инициативами в сфере мобильного здравоохранения были: медицинские информационно-справочные службы (59%), бесплатные экстренные телефонные службы (55%), ликвидация чрезвычайных происшествий и катастроф (54%) и мобильная телемедицина (49%)[8,10]. За исключением медицинских информационно-справочных служб, бесплатных экстренных телефонных служб и ликвидации чрезвычайных происшествий и катастроф, примерно две трети программ в области мобильного здравоохранения находятся на стадии апробирования или являются неофициальными. В соответствии с общими тенденциями в сфере электронного здравоохранения, страны с высоким уровнем доходов проявляют большую активность в области мобильного здравоохранения, чем страны с низким уровнем доходов. В настоящий момент страны Европейского региона являются наиболее активными в данной области, а страны Африканского региона – наименее активными. Мобильное здравоохранение наиболее легко внедряется в процессы и службы, в которых исторически используется голосовая связь через традиционные телефонные сети. Это объясняет, почему в большинстве стран уже имеются медицинские информационно-справочные службы, бесплатные линии и экстренные службы, использующие мобильную связь[11,12]. Наименее часто мобильное здравоохранение используется в эпиднадзоре, для повышения информированности общественности в области здравоохранения и в системах поддержки принятия решений. Для этого требуются расширенные возможности и инфраструктура, и по этой причине они не могут быть приоритетными для государств-членов, испытывающих финансовые трудности. Конкуренция среди приоритетных программ системы здравоохранения впоследствии была расценена как существенное препятствие для внедрения программ в области мобильного здравоохранения в опрошенных странах[13,17].

Системы здравоохранения по всему миру испытывают на себе растущее давление и функционируют в условиях необходимости решения многочисленных сложных задач в области охраны здоровья, постоянной нехватки кадров и ограниченности бюджетов, что затрудняет выбор необходимых мер. Для рассмотрения программ в сфере мобильного здравоохранения среди других приоритетов требуется проведение их оценки. Это – принцип, по которому можно оценивать мобильное здравоохранение (и электронное здравоохранение): убедительное доказательство, которым ответственные лица, руководители и другие действующие лица могут обосновывать свои решения. Оценка является частью процесса, который помогает определить экономическую целесообразность, повышает информированность общества о пользе мобильного здравоохранения, и приводит к выработке государственной политики в данной сфере. Все эти факторы считались одними из главных препятствий на пути применения мобильного здравоохранения государствами-членами. Несмотря на существующую необходимость в проведении оценки, исследование показало, что основанная на результатах оценка реализации программ в области мобильного здравоохранения в установленном порядке не проводится[14,15]. Только 12% государств-членов сообщили о проведении оценки служб мобильного здравоохранения. Необходимы скоординированные усилия по информированию о важности проведения оценки и обмена результатами со всеми государствами-членами. Эффективная политика будет приобретать все большую значимость по мере совершенствования сферы мобильного здравоохранения. Защита данных является исключительно важным вопросом, требующим решения в рамках данной политики[16]. Существует обоснованное беспокойство по поводу защиты информации граждан программами при использовании технологий мобильной связи в области здравоохранения. В частности, безопасность передачи сообщений и безопасность хранения данных, без принятия необходимых мер предосторожности, могут представлять угрозу для информации граждан. Директивные органы и руководители программ должны быть осведомлены о существующих в сфере мобильного здравоохранения вопросах безопасности для осуществления возможности разработки и внедрения соответствующих политик и стратегий. Политики будут также важны для сосредоточения усилий на согласовании инициатив и направлений в области электронного и мобильного здравоохранения в краткосрочной и долгосрочной перспективах[18,19].

Результаты исследования указывают на то, что на сегодняшний день в сфере мобильного здравоохранения реализуются лишь мелкие пилотные проекты, единственной целью которых

является обмен и доступ к информации. Лишь ограниченное число крупномасштабных проектов реализовывалось в сфере мобильного здравоохранения (как правило, при поддержке общественно-государственных объединений). В то время как ожидается, что крупномасштабные и комплексные программы станут основными по мере развития мобильного здравоохранения, целесообразным было бы использование возможности взаимодействия электронного и мобильного здравоохранения в системе здравоохранения. Мобильное здравоохранение не отличается от других сфер электронного здравоохранения в плане необходимости принятия мировых стандартов и взаимодействующих технологий при оптимальном использовании открытой архитектуры. Использование нормированной информации и коммуникационных технологий повысило бы эффективность и снизило затраты. Для этого странам необходимо сотрудничать в области разработки передовых мировых методик для осуществления более эффективного перемещения данных между системами и приложениями. Применение более стратегического подхода к планированию, разработке и оценке деятельности в рамках мобильного здравоохранения приведет к значительному повышению эффективности мобильного здравоохранения. Для соответствия мобильного здравоохранения более широким приоритетам в области здравоохранения стран и внедрения мобильного здравоохранения в общие меры по совершенствованию систем здравоохранения необходимо улучшение руководства и повышение информированности. Для достижения этой цели Всемирной организацией здравоохранения будет предпринят ряд мер[20]:

- ВОЗ будет поддерживать использование мобильного здравоохранения в государствах-членах для повышения его воздействия. Это будет достигнуто путем предоставления информации о передовом опыте и видах подходов в сфере мобильного здравоохранения, наиболее подходящих к конкретным вариантам развития общественного здравоохранения. Необходима разработка ряда баз данных, включающих в себя информацию о выбранных национальных и локальных инициативах, полученном практическом опыте, оценках и рекомендациях, передовых практиках и экономической целесообразности.

- Для поддержки разработки политики и стратегии электронного здравоохранения ВОЗ и МСЭ создают Набор инструментов для разработки национальной дорожной карты для стандартов в области электронного здравоохранения в целях содействия государствам-членам в разработке собственных комплексных стратегий в области электронного здравоохранения. Глобальная обсерватория по электронному здравоохранению (ГОЭЗ) и ее партнеры будут заниматься разработкой основы для оценки программ в области мобильного здравоохранения, включая начисляемые и измеряемые показатели. Для мобильного здравоохранения будет разработана глобальная база данных, содержащая результаты оценочных исследований, с особым акцентом на разработку инициатив для стран. Государствам-членам будет предоставлен свободный доступ к базе данных при планировании проектов и подготовке проектных предложений.

- В сотрудничестве с МСЭ, ВОЗ предоставит государствам-членам руководство по содержанию и рамкам политики конфиденциальности и безопасности данных для мобильных средств связи в здравоохранении. Мобильное здравоохранение будет развиваться посредством разработки для конкретных стран стратегий электронного здравоохранения, позволяющих внедрение мобильного здравоохранения в существующую область электронного здравоохранения. Разрабатываемые политики необходимо дополнить стандартами, структурой и прочными партнерскими отношениями, способствуя развитию пилотных инициатив в области мобильного здравоохранения и реализации их полного потенциала, используя технологии мобильной и беспроводной связи для улучшения здоровья и благополучия.

С учетом вышеизложенного считаем, что внедрение информационно-коммуникационных технологий, мобильного здравоохранения является одним из перспективных направлений и может использоваться для профилактики заболеваний в Узбекистане.

Литература.

1. The world in 2010: ICT facts and figures. Geneva, International Telecommunications Union, 2010 (<http://www.itu.int/ITU-D/ict/material/FactsFigures2010.pdf>, accessed 13 May 2011).
2. Atun RA, Mohan A. Uses and benefits of SMS in healthcare delivery. London, Imperial College London, 2005.
3. Ivatury G, Moore J, Bloch A. A doctor in your pocket: health hotlines in developing countries. *Innovations: Technology, Governance, Globalization*, 2009, 4(1):119–153.
4. Rahman, M. Health-Line Medical Call Center Using Cellular Phone Technology in Bangladesh: Lessons Learned in Breaking Economic and Social Barriers in Accessing Healthcare. The 135th APHA Annual Meeting

- & Exposition of APHA, November 3–7, 2007, Washington, DC.
5. Ivatury G, Moore J, Bloch A. A Doctor in Your Pocket: Health Hotlines in Developing Countries. *Innovations: Technology, Governance, Globalization*, 2009, 4(1), 119–153.
 6. Corker J. “Ligne Verte” Toll-Free Hotline: using cell phones to increase access to family planning information in the Democratic Republic of Congo. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 2010, 4:23–37 (www.casesjournal.org/volume4, accessed 18 May 2011).
 7. Yang C et al. Use of mobile phones in an emergency reporting system for infectious disease surveillance after the Sichuan Earthquake in China. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009, 87(8):619–623.
 8. Mechael PN. Exploring health-related uses of mobile phones: an Egyptian case study. *Journal of Public Health & Policy*, 2006, 264. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
 9. Ambulance Access for All. Available from: http://www.1298.in/about_us.htm.
 10. Li J. Mobile phones and the Internet as quitting smoking aids. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 2009, 3:204–218.
 11. STOMP—TELUS’ Smoking Cessation Program: helping smokers quit the habit by using their mobile phone. Telus Health Solutions (http://telushealth.com/en/solutions/consumer_health/docs/STOMP_Overview.pdf, accessed 18 May 2011).
 12. Hurling R et al. Using Internet and mobile phone technology to deliver an automated physical activity program: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2007, 9(2)7.
 13. Holtz B, Whitten P. Managing asthma with mobile phones: a feasibility study. *Telemed Journal and eHealth*, 2009, 15(9):907–909. и 14. Quinn CC et al. Mobile diabetes intervention study: testing a personalized treatment/behavioral and communication intervention for blood glucose control. *Contemporary Clinical Trials*, 2009, 30(4):334–346.
 15. Mohan P et al. MediNet: personalizing the self-care process for patients with diabetes and cardiovascular disease using mobile telephony. In: *Conference Proceedings IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*. New Jersey, IEEE Engineering in Medicine & Biology Society, 2008:755–758.
 16. Franklin VL et al. Patients’ engagement with “Sweet Talk” - a text messaging support system for young people with diabetes. *Journal of Medical Internet Research*, 2008, 10(2):e20. 17. Quinn CC et al. WellDoc mobile diabetes management randomized controlled trial: change in clinical and behavioral outcomes and patient and physician satisfaction. *Diabetes Technological Therapies*, 2008, 10(3):160–168.
 18. Hanauer DA et al. Computerized Automated Reminder Diabetes System (CARDS): e-mail and SMS cell phone text messaging reminders to support diabetes management. *Diabetes Technological & Therapies*, 2009, 11(2):99–106.
 19. Cocosila M, Coursaris C, Yuan Y. M-healthcare for patient self-management: a case for diabetics. *International Journal of Electronic Healthcare*, 2004, 1(2):221–241.
 20. Ryan D et al. Mobile phone technology in the management of asthma. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2005, 11(Suppl 1):43–46.

УДК:616.78-245;615-48

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЛУЧШАЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ И НЕПРЕРЫВНОСТЬ

Закирходжаева Р.А.

ТашПМИ, Многопрофильная поликлиника
Алмазарского района г. Ташкента

Настоящая обзор литературы представляет современные тенденции к улучшению качества медицинской помощи посредством развития и совершенствования преемственности между различными этапами оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: преемственность, непрерывность, качество медицинской помощи.

ТИББИЙ ХИЗМАТНИ КЕТМА-КЕТЛИГИ ВА УЗЛУКСИЗЛИГИНИ ЯХШИЛАШ ХИСОБИГА ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Ушбу адабиётлар шарҳида тиббий ёрдам кўрсатишнинг турли босқичлари ўртасидаги узлуксизликни ривожлантириш ва яхшилаш орқали соғлиқни сақлаш сифатини яхшилашга қаратилган жорий тенденциялари тақдим этилган.

Калит сўзлар: узлуксизлик, узлуксизлик, тиббий ёрдам сифати.

IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH CARE IMPROVING CONTINUITY AND CONTINUITY

This literature review presents current trends towards improving the quality of health care through the development and improvement of continuity between different stages of health care delivery.

Key words: continuity, continuity, quality of medical care.

Преимущество оказания медицинской помощи при ведении хронических заболеваний означает оказание индивидуальной последовательной, логичной и своевременной медицинской помощи. Это может относиться к отдельному эпизоду оказания помощи, например, госпитализации, или к продолжающемуся лечению, например, к пациентам, находящимся на первичной медико-санитарной помощи и при последующем амбулаторном наблюдении в больнице [1]. Этот термин отличается от других концепций, таких как интеграция и координация медицинской помощи, которые относятся к структуре и функциям взаимоотношений между лечебно-профилактическими учреждениями на организационном уровне и их администрацией: индивидуальный пациент переживает интеграцию и координацию как преимущества медицинской помощи [1-3]. Таким образом преимущество в здравоохранении означает проведение единой тактики в лечении людей, медицинском обслуживании населения в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) с целью достижения единой стратегической цели – восстановления (сохранения) здоровья.

По некоторым данным описаны три вида преимуществ оказания медицинской помощи. Информационная преимущество оказания медицинской помощи - это использование и передача информации от одного ЛПУ и / или медицинской услуги к другому, чтобы текущая медицинская помощь соответствовала конкретному больному. Преимущество управления при оказании медицинской помощи - это последовательный и чуткий подход к уходу за больным со стороны (иногда нескольких) ЛПУ. Преимущество при оказании медицинской помощи - это продолжение терапевтической помощи между отдельным пациентом и одним или несколькими ЛПУ [1]. При переходе от стационарного к амбулаторному лечению все три вида преимуществ являются актуальными.

Хотя преимущества организации медицинской помощи уделяется большое внимание со стороны исследователей, виду преимуществ по оказанию медицинской помощи остаются недостаточно изученными. Naylor et al [4] недавно попытались определить важнейшие компоненты эффективности организации медицинской помощи или ухода: вовлечение пациентов, вовлечение лиц, осуществляющих лечение, сложность и управление лекарствами, обучение пациентов, обучение лиц, осуществляющих медицинскую помощь, благополучие пациентов и лиц, осуществляющих уход, непрерывность медицинской помощи и подотчетность. Переход от стационарного к амбулаторному лечению считается временем, когда преимущество лечения может оказаться под угрозой, а плохое общение между стационарными врачами и врачами первичной медико-санитарной помощи может способствовать возникновению осложнений у пациентов [5].

Наиболее распространенной формой общения при переводе от стационарного к амбулаторному лечению является выписка, в которой документируются диагноз, ведение больницы и планы последующего наблюдения после выписки. Общеизвестно, что существуют недостатки в передаче информации через выписку, и до 20% пациентов испытывают побочные эффекты в течение 3 недель после выписки из больницы [6]. Проблемы включают задержку с его доступностью и отсутствие важной информации или ошибок, касающихся диагностического исследования, лечения, предоставление медицинского оборудования, направления к специалистам, обсуждения с пациентом и его семьей, а также планирование последующего наблюдения [5,6]. Недостатки в выписке также связаны с повышенным риском повторной госпитализации [6,7]. Помимо этих вопросов, выписка в первую очередь является средством передачи информации и, таким образом, обеспечивает некоторую информационную преимущество лечения; тем не менее, он обеспечивает ограниченное управление и непрерывность помощи в отношениях и мало что делает для решения многих компонентов эффективной преимущественности при организации медицинской помощи Naylor et al. [4].

Помимо выписки, есть несколько других общих элементов ухода, которые могут сыграть роль в облегчении перехода лечения при выписке из больницы. 1) Использование медицинских информационных технологий и электронных историй болезни, которые являются общедоступными для всех ЛПУ, может улучшить коммуникацию, сократить задержки и уменьшить избыточность диагностических исследований и сбора анамнеза. И наоборот, информационные системы здравоохранения, предназначенные только для ЛПУ первичной звена и специализированные медицинские учреждения, могут сократить обмен информацией и создать препятствие для перехода к лечению при выписке из больницы [8]. 2) Официальное согласование приема лекарств происходит в некоторых ЛПУ и может уменьшить количество ошибок при приеме лекарств и побочных эффектов при выписке из больницы и в амбулаторно-

поликлинических условиях лечения [9, 10].

Ряд авторов указывают, что 20% пациентов, страдающих нежелательным явлением после выписки из больницы, чаще всего страдают от побочного действия лекарственного средства, и около 50% всех ошибок лечения в больнице происходят при процессе перевода к лечению в амбулаторно-поликлинические учреждения [8, 11]. 3) Междисциплинарный подход к планированию выписки облегчает соответствующую оценку и предоставление пациенту медицинской и социальной поддержки в обществе: функциональная многопрофильная команда, которая хорошо общается, может привести к сокращению продолжительности пребывания в больнице и снижению показателей повторной госпитализации [11, 12]. Преимуществом лечения при выписке из больницы представляет собой постоянную проблему. Общеизвестно, что приоритеты неотложной помощи часто вытесняют менее насущную необходимость взять под хороший контроль хронические заболевания, и это было описано как «тирания неотложной помощи» [13]. Перевод от стационарной к амбулаторной помощи больных часто связан с переходом от лечения острых к хроническим заболеваниям, и это наблюдается в стационарах в результате большой нагрузки поступления экстренных и больных с неотлаженными состояниями в стационары [14].

Как количественные, так и качественные исследования показали, что существуют недостатки в переходе оказания помощи пациентам с респираторными заболеваниями при выписке из больницы. Большая часть этой работы связана с наиболее частой причиной недостаточной преемственности при выписке из стационара больных с заболеваниями бронхолегочной системы.

В международном масштабе частота повторных госпитализаций высока для пациентов, поступивших с обострениями ХОБЛ. В США 30-дневная ремиссия высока, постоянна и составляет 20% от всех выписанных больных; в то время как в Великобритании было зарегистрировано 24% случаев, при этом примерно половина повторных госпитализаций была вызвана не с заболеваниями бронхолегочной системы [15–18]. Как и следовало ожидать, ошибки при выписке наблюдаются в случаях респираторных заболеваний, как и в случае любого другого заболевания [19, 20]. При выписке из больницы пациенты с ХОБЛ, как правило, не уверены в своем заболевании, оказании помощи и прогнозе, и они хотят лучше информировать о своем уходе после выписки [21]. Помимо этих проблем, пациенты с ХОБЛ обычно имеют мультиморбидность (наличие двух или более хронических состояний) [15, 22, 23]. Пациенты с ХОБЛ и сопутствующими заболеваниями описывают отсутствие комплексного подхода к своим заболеваниям при выписке [24]. ЛПУ описывают слабые стороны системы здравоохранения, которые могут быть причиной типичного опыта пациентов: отсутствие связи (особенно между ЛПУ ПМСП и специализированными учреждениями), ограниченные ресурсы и слабое участие пациентов в текущих методах оказания помощи [25].

Развитие преемственности оказания помощи при выписке из больницы часто связано с улучшением результатов лечения пациентов. В систематическом обзоре исследований вмешательств, направленных на улучшение передачи пациентов при выписке из больницы, Hesselink et al. [26] обнаружили, что 69% из 36 рассмотренных исследований показали статистически значимый эффект в пользу вмешательства. В подавляющем большинстве исследований описывались многокомпонентные вмешательства и использовался широкий спектр критериев исхода, поэтому было трудно сделать вывод, какие из проведенных вмешательств были эффективными. В целом, были некоторые свидетельства эффективности вмешательств, направленных на предоставление структурированной, согласованной информации о выписке, прямой и быстрой связи между ЛПУ и скоординированного последующего ухода в учреждениях первично медико-санаторной помощи (ПМСП). Улучшение показателей здоровья включало сокращение госпитализаций, улучшение показателей непрерывности лечения и улучшение качества жизни и удовлетворенности пациентов [26].

Конкретные улучшения в выписки пациента, которые, как было показано, улучшают состояние здоровья, включают: структурированный формат; чек-листы; электронные инструменты для помощи в заполнении и электронных уведомлениях о выписке; согласование приема лекарств; совместное участие в последующем наблюдении со стороны больниц и учреждений ПМСП по месту жительства; и руководство по описанию основных характеристик выписки [26, 27]. В последние годы национальный стандарт был введен в некоторых странах с целью улучшения и стандартизации содержания выписок [28–30]. Такие стандарты могут улучшить качество общения при выписке, но аудиты показали разное соблюдение рекомендаций [31, 32].

Более широкое использование электронных медицинских карт (ЭМК) позволит улучшить лечение в ПМСП после выписки из больницы. Перевод выписок с помощью компьютеров повышают своевременность и удовлетворенность пациентов / врачей, хотя снижение числа повторных госпитализаций и смертей остается недоказанным [33, 34]. Однако преимущества ЭМК могут быть ограничены, если данные не могут быть разделены между ЛПУ первичного звена и среди специализированной медицинской помощи, и часто бывает, что системы ЭМК этих двух несовместимы. Потенциальным решением является использование обменов медицинской информацией, которые позволяют обмениваться данными, даже если системы ЭМК несовместимы. Было показано, что внедрение обмена медицинской информацией снижает дублирование лабораторных и диагностических исследований, а также уменьшает повторную госпитализацию [35].

Как отмечалось ранее, побочные эффекты приема лекарств после выписки являются обычным явлением, и поэтому их необходимо улучшить при переходе к лечению в учреждения ПМСП. Недавнее исследование с использованием метаанализа показало, что согласование приема лекарств в стационаре под руководством фармацевтов привело к сокращению обращений за медицинской помощью после выписки: статистически значимое снижение на 67%, 28% и 19% наблюдалось в случаях госпитализаций, вызванных побочными эффектами лекарств, посещений отделений неотложной помощи и повторных госпитализаций, соответственно [9]. Хотя остается некоторая неопределенность в отношении того, какие конкретные компоненты согласования лекарств эффективны, данные подтверждают роль вмешательств под руководством фармацевтов [9, 10, 36]. Коммуникация и интеграция мультидисциплинарной команды в рамках учреждений ПМСП и среди специализированных учреждений приводит к улучшению результатов при выписке из больницы. Группы по координации помощи и специальные специалисты по планированию выписки в рамках этих групп повышают удовлетворенность пациентов и качество жизни, а улучшение взаимодействия между группами может снизить частоту повторной госпитализации [12]. Недавний мета-анализ показал, что индивидуальное планирование выписки для лечения пациентов в условиях ПМСП и по сравнению с обычным уходом при выписке привело к снижению частоты повторных госпитализаций на 13% [37].

В литературе, относящейся к вмешательствам, направленным на улучшение преемственности оказания помощи пациентам с респираторными заболеваниями, преобладают исследования ХОБЛ, и доказательства улучшения результатов в этой группе неоднозначны. Aboumatar et al. [38] недавно провели рандомизированное контролируемое исследование 3-месячного вмешательства по инициативе стационара для пациентов, набранных при госпитализации из-за ХОБЛ, которое состояло из трех компонентов: 1) индивидуальная поддержка самоконтроля (например, поддержка правильного приема лекарств, распознавания симптомов обострения и проведения план действий), 2) облегченный доступ к лечебным услугам в сообществе и 3) временная поддержка, направленная на то, чтобы пациенты и их опекуны понимали план после выписки. 240 пациентов были равномерно разделены между группами вмешательства и обычной помощи. В течение 6 месяцев после выписки у пациентов в группе вмешательства было значительно увеличено среднее количество острых связанных с ХОБЛ событий по сравнению с пациентами в группе обычного лечения (1,40 (95% ДИ 1,01–1,79) по сравнению с 0,72 (95% ДИ 0,45–1). 0,97), $p = 0,004$). Причины этого неожиданного открытия были неясны, но авторы отметили, что увеличение случаев острых событий, связанных с ХОБЛ, было у пациентов с более высоким уровнем знаний, навыков и уверенности в управлении своим заболеванием на исходном уровне, это в свою очередь означало, что эти пациенты стали более бдительными в отношении симптомов обострения и более быстрее реагирование на них. Неспособность получить доступ к своему постоянному врачу в течение 24 часов (согласно их плану действий) могла затем побудить их чаще обращаться за помощью в стационарные медицинские учреждения, включая службы неотложной медицинской помощи [38].

В 2018 г. были опубликованы два рандомизированных контролируемых испытания аналогичных вмешательств, но с более обнадеживающими результатами [39, 40]. В Европейском исследовании ведения пациентов с ХОБЛ изучали эффект вмешательства, включая поддержку самоконтроля, медицинское ведение, дистанционный мониторинг на дому и координацию ухода, по сравнению с обычным лечением у 319 пациентов с тяжелой формой ХОБЛ, набранных в качестве амбулаторных пациентов [39]. Первичный результат по количеству дней госпитализации по всем причинам в год не отличался между группой вмешательства (среднее \pm стандартное отклонение 17,4 \pm 35,4 дня в год) и контрольной группой (22,6 \pm 41,8 дня в год), средняя разница

-5,3 (95% ДИ -13,7 до -3,1, $p = 0,16$). Однако было отмечено значительное сокращение вторичных исходов дней госпитализации за неотложной помощью (средняя разница -8,3 (95% ДИ от -16,4 до 0,1, $p = 0,047$)) и смертности (1,95% по сравнению с 14,2%, $p < 0,001$). интервенционная группа [39].

В рамках исследования Программы комплексного ухода за пациентами с хронической обструктивной болезнью легких и множественными сопутствующими заболеваниями изучались вмешательства, включающие санитарное просвещение, поддержку самоуправления и домашний телемониторинг, по сравнению с обычным уходом у 470 пациентов с ХОБЛ и по крайней мере двумя прогностически важными сопутствующими заболеваниями [40]. Участники были набраны как из госпиталей, так и из специализированных медицинских учреждений. Первичный исход посещения отделения неотложной помощи через 1 год после рандомизации не отличался между группами (ОР 0,76 (95% ДИ 0,47–1,23, $p = 0,76$)), но значительное снижение смертности снова было отмечено в группе вмешательства (8,9% против 15,1%, ОР 0,56 (95% ДИ 0,32–0,95, $p = 0,03$)) [40]. Мета-анализ более ранних исследований 2017 года, проведенный Yang et al. [41], показали, что, основываясь на доказательствах среднего или выше среднего качества, санитарное просвещение (ОР 0,40 (95% ДИ 0,27–0,59)), дистанционный мониторинг (ОР 0,78 (95% ДИ 0,58–0,88)) и комплексные сестринские вмешательства (в основном включая советы по самоконтролю, санитарное просвещение и план действий при обострении у пациентов, набранных в амбулаторном режиме (ОР 0,70 (95% ДИ 0,63–0,78))), все они снизили количество повторных госпитализаций по всем причинам через 6–12 месяцев по сравнению с обычным лечением, в то время как посещения на дому - нет (ОР 0,92 (95% ДИ 0,82–1,04)). Мета-анализ не показал доказательств эффективности любого из вышеперечисленных вмешательств в улучшении качества жизни или снижении смертности [41].

Таким образом, можно сказать, что влияние вмешательств, направленных на улучшение результатов в отношении здоровья, при переходе от стационарного к амбулаторному лечению у пациентов с ХОБЛ остается неопределенным. Вмешательства, включающие множество различных компонентов, и исследования, использующие различные результаты, не поддаются легкому сравнению или синтезу. Более того, акцент на сокращении повторной госпитализации в качестве основного результата может дать неполное представление о ценности вмешательства.

Литература.

- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327: 1219–1221.
- Goodwin N. Understanding Integrated Care. *Int J Integr Care* 2016; 16: 6.
- Kilbourne AM, Hynes D, O'Toole T, et al. A research agenda for care coordination for chronic conditions: aligning implementation, technology, and policy strategies. *Transl Behav Med* 2018; 8: 515–521.
- Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65: 1119–1125.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, et al. Deficits in communication and information transfer between hospitalbased and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297: 831–841.
- Williams H, Edwards A, Hibbert P, et al. Harms from discharge to primary care: mixed methods analysis of incident reports. *Br J Gen Pract* 2015; 65: e829–e837.
- Moore C, Wisnivesky J, Williams S, et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 646–651.
- Mansukhani RP, Bridgeman MB, Candelario D, et al. Exploring Transitional Care: Evidence-Based Strategies for Improving Provider Communication and Reducing Readmissions. *P T* 2015; 40: 690–694.
- Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2016; 6: e010003.
- Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, et al. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med* 2012; 172: 1057–1069.
- Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, et al. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med* 2007; 2: 314–323.
- Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. *Int J Older People Nurs* 2013; 8: 253–269.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775–1779.
- Connolly M, Grimshaw J, Dodd M, et al. Systems and people under pressure: the discharge process in an

- acute hospital. *J Clin Nurs* 2009; 18: 549–558.
15. Dummer J, Tumilty E, Hannah D, et al. Health care utilisation and health needs of people with severe COPD in the southern region of New Zealand: a retrospective case note review. *COPD* 2020; 17: 136–142.
 16. Jacobs DM, Noyes K, Zhao J, et al. Early hospital readmissions after an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in the nationwide readmissions database. *Ann Am Thorac Soc* 2018; 15: 837–845.
 17. Healthcare Quality Improvement Partnership. National Chronic Obstructive Pulmonary Disease Audit Programme: Outcomes from the clinical audit of COPD exacerbations admitted to acute units in England 2014. London, Healthcare Quality Improvement Partnership, 2017.
 18. Shah T, Churpek MM, Coca Perrillon M, et al. Understanding why patients with COPD get readmitted: a large national study to delineate the Medicare population for the readmissions penalty expansion. *Chest* 2015; 147: 1219–1226.
 19. Sumi M, Satoh H, Yamashita YT, et al. Improving the quality of discharge summaries. *CMAJ* 2001; 165: 16.
 20. van Walraven C, Weinberg AL. Quality assessment of a discharge summary system. *CMAJ* 1995; 152: 1437–1442.
 21. Giacomini M, DeJean D, Simeonov D, et al. Experiences of living and dying with COPD: a systematic review and synthesis of the qualitative empirical literature. *Ont Health Technol Assess Ser* 2012; 12: 1–47.
 22. Chetty U, McLean G, Morrison D, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities: a large cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract* 2017; 67: e321–e328.
 23. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009; 7: 357–363.
 24. Doos L, Bradley E, Rushton CA, et al. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease multimorbidity at hospital discharge transition: a study of patient and carer experience. *Health Expect* 2015; 18: 2401–2412.
 25. Kayyali R, Odeh B, Frerichs I, et al. COPD care delivery pathways in five European Union countries: mapping and health care professionals' perceptions. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016; 11: 2831–2838.
 26. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012; 157: 417–428.
 27. Unnewehr M, Schaaf B, Marev R, et al. Optimizing the quality of hospital discharge summaries—a systematic review and practical tools. *Postgrad Med* 2015; 127: 630–639.
 28. Health Information and Quality Authority. National standard for patient discharge summary information. Dublin, HIQA, 2013. Available from: www.hiqa.ie/reports-and-publications/health-information/national-standard-patient-discharge-summary-information
 29. Professional Record Standards Body. Structure and content of health and care records. London, PRSB, 2018. Available from: <https://theprsb.org/standards/healthandcarerecords/>
 30. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National guidelines for on-screen presentation of discharge summaries. Sydney, ACSQHC, 2017. Available from: www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-guidelines-screen-presentation-discharge-summaries
 31. May-Miller H, Hayter J, Loewenthal L, et al. Improving the quality of discharge summaries: implementing updated Academy of Medical Royal Colleges standards at a district general hospital. *BMJ Qual Improv Rep* 2015; 4: u207268. w2918.
 32. O'Connor R, O'Callaghan C, McNamara R, et al. An audit of discharge summaries from secondary to primary care. *Ir J Med Sci* 2019; 188: 537–540.
 33. Motamedi SM, Posadas-Calleja J, Straus S, et al. The efficacy of computer-enabled discharge communication interventions: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 403–415.
 34. Santana MJ, Holroyd-Leduc J, Southern DA, et al. A randomised controlled trial assessing the efficacy of an electronic discharge communication tool for preventing death or hospital readmission. *BMJ Qual Saf* 2017; 26: 993–1003.
 35. Atasoy H, Greenwood BN, McCullough JS. The digitization of patient care: a review of the effects of electronic health records on health care quality and utilization. *Annu Rev Public Health* 2019; 40: 487–500.
 36. Rodrigues CR, Harrington AR, Murdock N, et al. Effect of pharmacy-supported transition-of-care interventions on 30-day readmissions: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2017; 51: 866–889.
 37. Goncalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, et al. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 1: CD000313.
 38. Aboumatar H, Naqibuddin M, Chung S, et al. Effect of a hospital-initiated program combining transitional care and long-term self-management support on outcomes of patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *JAMA* 2019; 322: 1371–1380.
 39. Kessler R, Casan-Clara P, Koehler D, et al. COMET: a multicomponent home-based disease-management programme versus routine care in severe COPD. *Eur Respir J* 2018; 51: 1701612.
 40. Rose L, Istanbulian L, Carriere L, et al. Program of Integrated Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Multiple Comorbidities (PIC COPD+): a randomised controlled trial. *Eur Respir J* 2018; 51: 1701567.
 41. Yang F, Xiong ZF, Yang C, et al. Continuity of care to prevent readmissions for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *COPD* 2017; 14: 251–261.

**ОПЫТ РАЗВИТЫХ СТРАН
ПО ВНЕДРЕНИЮ ДИАГНОСТИЧЕСКИ СВЯЗАННЫХ ГРУПП
Абдурахимов З.А., Искандарова Ш.Т., Бердимуратов Д.У.
(Санаторно-курортное управление, ТашПМИ)**

С развитием рыночных отношений и ростом требований населения к качеству и объему медицинской помощи ощущается недостаточность финансирования во многих странах. Здравоохранение слишком затратная отрасль экономики и не может быть одновременно рентабельной и доступной для всего населения.

В этой связи эффективное распределение средств и поиск дополнительных источников финансирования здравоохранения становится особенно актуальным. Лишь немногие европейские системы здравоохранения имеют единые источники финансирования.

Ключевые слова: финансирование, система здравоохранение, качества медицинских услуг

ДИАГНОСТИК БОҒЛИҚ ГУРУҲЛАРНИ АМАЛГА ОШИРИШ БЎЙИЧА РИВОЖЛАНГАН ДАВЛАТЛАР ТАЖРИБАСИ

Бозор муносабатларининг ривожланиши ва аҳолининг тиббий хизмат сифати ҳамда хажмига бўлган талабларининг ошиши билан кўплаб мамлакатларда молиявий манбаларнинг етишмовчилиги кузатилмоқда. Соғлиқни сақлаш иқтисодиётининг жуда қиммат соҳаси бўлиб у иқтисодий жиҳатдан рентабел ва бир вақтда барча учун самарали ҳамда ҳамёнбоп бўлиши қийин.

Шу муносабат билан соғлиқни сақлаш соҳасида маблағларни самарали тақсимлаш, қўшимча манбааларни излаш, айниқса долзарб бўлиб бормоқда. Бир нечта европа соғлиқни сақлаш тизимларигина ягона молиялаштириш манбасига эга.

Калит сўзлар: молиялаштириш, соғлиқни сақлаш тизими, тиббий хизмат сифати.

According to experts, indicated in the report of the World Health Organization, from 20 to 40% of funds allocated for financing the health system are currently lost due to their ineffective use. The article is devoted to the development of a prospective model for financing medical services.

Key words: moliyalashtirish, soliқini saqlash tizimi, tibbiy hizmat sifati.

Во многих странах с увеличением больничных коек увеличивались расходы на их содержание. В некоторых странах финансирование больниц зависело от методов оплаты медицинских услуг, оказанных пациентам, за счет средств государства или системы медицинского страхования путём сбора и перераспределения налогов юридических и физических лиц[1-3]. В странах, использующих обязательное медицинское страхование, из-за увеличения затрат медицинских учреждений страховые компании были вынуждены повышать страховые взносы. В странах, использующих частную систему здравоохранения (США) наблюдалось увеличение количества лиц не имеющих медицинского страхования, что снижала доступ их к медицинскому обслуживанию. Метод же финансирования по глобальному бюджету оказался неинформативным с позиций больничного управления, учета затрат на медицинские услуги[4,5].

В середине XX века «больничной проблемой» финансирование занялся хирург Массачусетской общей больницы доктор Гудман и профессор Роберт Феттер из Йельского университета. В конце 1960 года ими разработана программа по учету оказываемых услуг, и их качества для местной университетской больницы. Р. Феттер и его коллеги обобщили «20 летний опыт работы больниц и описали изменения происходящие в больнице». Они предложили классифицировать пациентов и оказываемые им услуги по одноименным группам [12,13] и рассчитали затраты на лечение.

Эта инициатива была поддержана программой Медикэр, созданной в 1965 году. В 1983 году Медикэр внедрила систему оплаты медицинских услуг по диагностически связанным группам, действующую до сих пор. Р.Феттер и его команда разработали несколько версий диагностически связанных групп (ДСГ). Их также называют как группы объединенные диагнозом (ГОД), смешанные случаю (СС), клинико-затратными группами (КЗГ) [44]. Первая версия разработана в 1973 году и состояла из 54 больших диагностических категорий (БДК) и малых 333 дианостически связанных групп. Основным документом при разработке больших и малых диагностически связанных групп является Международная классификация болезней. Вторая версия ДСГ разработана для Федерального управления социального обеспечения и составила 83 БДК и 383 ДСГ [45], третья версия была разработана в 1978 году для больниц штата Нью-Джерси. Окончательный вариант системы ДСГ был разработан группой управления системами

здравоохранения в Йельском университете по контракту с Ассоциацией по финансированию управлением здравоохранения (АФУЗ) [15].

Перспективная, которая означает определение стоимости медицинских услуг до госпитализации пациента платежная система, была введена для программы Медикэр в 1983 году, предусматривала финансирование больничного обслуживания по системе ДСГ, объединившей 470 групп, входящих в 23 БДК по международной классификации болезней 9 пересмотра (МКБ-9). Перспективная платежная система для Медикэр была отважной послевоенной инновацией в финансировании медицинских услуг [15], спровоцировала дисбаланс в отношениях между поставщиками медицинской помощи (больницы и врачи) и государством или страховыми компаниями, оплачивающими их. В Великобритании разработаны 24 большие (таблица 1) диагностические категории с входящими в них 610 диагностически связанными группами (таблица 2) уже по Международной классификации болезней 10 пересмотра[6].

Таблица 1.

Основные диагностические категории по классификации, принятой в Великобритании

Большие диагностические группы			
A	Болезни нервной системы	N	Гинекологические заболевания
B	Болезни глаза и его придаточного аппарата	P	Детские болезни и неонатология
C	Болезни рта, головы, шеи, уха	Q	Болезни сосудистой системы
D	Болезни дыхательной системы	R	Диагностические исследования и интервенционная радиология
E	Кардиохирургические и первичные кардиологические состояния	S	Гематология, химиотерапия, радиотерапия, паллиативный уход
F	Болезни пищеварительной системы	T	Психические болезни
G	Заболевания гепатобилиарной и панкреатической систем	U	Неопределенная группа
H	Болезни, связанные со скелетно-мышечной системой	V	Множественные травмы, скорая и неотложная помощь и реабилитация
J	Болезни кожи, груди и подкожи	W	Иммунология, инфекционные заболевания
K	Болезни эндокринологии и обмена веществ	X	Экстренные случаи, высокочастотные медикаменты
L	Болезни мочеполовой системы	Y	Неопределенные заболевания
M	Беременность, роды	Z	Несвязанные

Таблица 2.

Диагностически связанные группы по классификации, принятой в Великобритании

Деятельность	№ ДСГ	Пример
Диализ почки	LC	LC01A Гемодиализ/фильтрующий для пациента с гепатитом В 19 лет и старше
		LC03A Перитонеальный диализ для пациента с гепатитом В 19 лет и старше
		LC04B Перитонеальный диализ для 18 лет и младше
Диагностические исследования	RA	RA01Z МРТ, одной зоны, без контраста
		RA08Z КТ, одной зоны без контраста
		RA24Z Интервенционная радиология – категория 10
		RB03Z Интервенционная радиология – категория 9
Экстренная помощь (неонатальная)	XA	SB01Z Интервенционная радиология – категория 8
		XA01Z Неонатальная экстренная помощь, интенсивный уход
		XB01Z Педиатрическая экстренная помощь, интенсивный уход
Экстренная помощь (взрослая)	XC	XC01Z Экстренная помощь взрослым, поддержка 6 органов

В немецкой классификаций ДСГ отмечены пять важных параметров, которые могут заинтересовать организации здравоохранения, финансируемые по системе ДСГ[7,8]. При этом учитывались следующие положения[14].

1. Затраты и прибыльность;
2. Длительность стационарного лечения и количество пролеченных случаев;
3. Кодирование диагнозов;
4. Отбор пациентов и их направление;
5. Улучшение качества и интенсивности лечения.

Не все перечисленные параметры были абсолютно позитивны, некоторые могли быть противоречивыми.

1. Затраты и прибыльность

ДСГ предполагают переход от ретроспективного способа оплаты медицинских услуг (после оказания медицинских услуг) к проспективному (предоплата), который зависит от диагноза и состояния пациента по усредненной стоимости лечения, определенной на основе бенчмаркинга. По всем землям Германии собирается информация о расходах на лечение всех случаев за определенный период. Затем определяется средняя сумма расходов по конкретным заболеваниям, коэффициентов земель, с учетом уровня доходов населения и экономических показателей. Таким образом, финансовые риски лечения переносятся с плательщика на больницу, то есть если стоимость проведенного лечения превысит сумму возмещения, тогда больница понесёт убытки[9]. Но в случае лечения, расходы на которого будет ниже суммы возмещения, больница получит прибыль. Метод финансирования по ДСГ стимулирует больницы искать пути снижения затрат, экономить средства путём объединения схожих отделений.

2. Длительность стационарного лечения и количество пролеченных случаев

При ретроспективной форме возмещения прибыль больницы зависит в основном от длительности пребывания пациента. Каждый дополнительный день госпитализации, каждая процедура должны быть оплачены ретроспективно страховой компанией. Если ретроспективная система оплаты допускает увеличение длительности пребывания больных в больнице, то ДСГ не зависит от этого показателя. Увеличение количества медицинских услуг снижает срок лечения пациента. Позитивным стимулом является увеличение количества пролеченных случаев.

3. Кодирование диагнозов

Основой системы ДСГ является точное и полное кодирование диагнозов, от которого зависит возмещение стоимости медицинским учреждениям за проведенное лечение. При этом в больнице должна быть точная классификация пациентов и документирование всех диагностированных случаев.

4. Отбор пациентов и их направление

ДСГ устраняет «уравниловку» ретроспективной системы возмещения затрат на лечение, ведущей в конечном итоге к неплатежеспособности больниц. Раньше больницы были заинтересованы в приеме пациентов с высоким уровнем возмещения (легкие с точки зрения лечения заболевания) и низкой степенью осложнений[10]. Чем здоровее пациент, тем более привлекателен он был для больницы. Тяжелые больные с высоким уровнем осложнений были нежелательны для больниц, из-за меньшей суммы возмещения. Более того, имел место эффект «футбола», когда тяжелые пациенты направлялись в другие учреждения, которые использовали ту же тактику.

5. Улучшение качества и повышение интенсивности лечения

Многие пациенты опасаются, что при высокой стоимости медицинских услуг им могут не предоставить высоко затратные. Для снижения расходов некоторые больницы искусственно снижают интенсивность лечения, что ведет к снижению его качества, которое является нежелательным[11].

Внедрение системы ДСГ предусматривает:

- повышение прозрачности медицинских услуг, которые фактически предоставляются в больницах;
- стимулирование эффективного использования ресурсов с оплатой медицинских услуг по количеству пациентов и типа больницы;
- эффективное использование медицинского оборудования улучшает качество медицинской

помощи.

Выводы. Применяя ДСГ, руководители больниц могут сравнить длительность пребывания, стоимость и качество оказанных услуг пациенту в различных больницах или в различных отделениях. ДСГ точно оценивают затраты на лечение пациента, в зависимости от диагноза и вида процедур. Следовательно, ДСГ облегчает сравнение производительности в деятельности специалистов, определяет достижение правильных мер в медицине, что ранее представлялось сложной проблемой.

Литература.

1. Вардосанидзе, С.Л. Управление качеством медицинской помощи и повышение экономической эффективности использования ресурсов с применением медицинских стандартов в работе многопрофильной больницы / С.Л. Вардосанидзе, А.И. Лихота, А.П. Данченко и др. // Южно-Рос. мед. журнал. – 1999. - №6. – С. 4-8. 19ч.
2. Вардосанидзе, С.Л. Управление качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре / С.Л. Вардосанидзе, Ю.Э. Восканян. – Ставрополь, 2003.
3. Вялков, А.И. Современные проблемы состояния здоровья населения Российской Федерации / А.И. Вялков // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. - №1. – С. 10-12.
4. Кучеренко, В.З. Проблемы управления рисками в здравоохранении / В.З. Кучеренко // Проблемы управления здравоохранения. - 2001. - №1. - С. 39-43.
5. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Дж. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Всемирная организация здравоохранения. – Копенгаген. - 2002. - С. 328.
6. Покровский В.И., Кузнецов П.П. Платные медицинские услуги и высокотехнологичная помощь в научных центрах клинического профиля // Экономика здравоохранения. - М., 2003. - №4. - С. 25-27. (34)
7. Пронина, Л.И. Пути повышения качества медицинской помощи в системе ОМС / Л.И. Пронина // Мед. страхование. – 1996. - №13-14. - С. 14-16.
8. Решетников А.В. Экономика здравоохранения: Учебное пособие для вузов. - М.: «ГЕОТАР-МЕД». - 2004. – С. 271.
9. Субботина, Л.Н. Пути совершенствования контроля качества медицинской помощи / Л.Н. Субботина // Мед. страхование. - 1996. - №13-14. - С. 25-37.
10. Фляейге Т., Шарф Р., Земрай М. Здравоохранение и экономика: избранные аспекты // Сборник к проведению Летней академии «Менеджмент в здравоохранении» для медиков в Узбекистане. Университет прикладных наук г. Оснабрюк. - 2003. - С. 122.
11. Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D. (1980). Casemix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, 18(2):1–53.
12. Fetter, R.B., ed. (1991). DRGs: Their Design and Development. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
13. Fetter, R.B. (1993). Foreword, in M. Casas, M. Wiley, eds. *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.].
14. Rodrigues, J.M. (1993). DRGs: origin and dissemination throughout Europe, in M. Casas, M. Wiley, eds. *Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.

616.33.575-06

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И ЯЗВЕННОГО ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДКА

Исмаилова Ф.Р., Рустамова М.Т.

Ташкентская медицинская академия

В последние годы накоплено достаточно достоверных данных о вовлеченности различных генов цитокинов в процессах регуляции иммунного ответа при воспалительных процессах слизистой желудка. Среди этих работ, исследования, посвященные генетическим механизмам формирования воспалительных и язвенных поражений желудка, малочисленны, а полученные данные противоречивы. Между тем, выявление предрасполагающих факторов, способных модулировать прогрессирование воспалительного процесса ведущего к развитию язв желудка имеет весьма важное значение в плане разработки их ранних прогностических критериев, и, вместе с этим, профилактических и лечебных стратегий.

Ключевые слова: воспаление, язва желудка, механизмы развития, гены, цитокины, IL - 6, IL - 10.

ОШҚОЗОННИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ ВА ЯРАЛАРИНИ РИВОЖЛАНИШ МЕХАНИЗМЛАРИДА ЦИТОКИН ГЕНЛАРИНИНГ ПОЛИМОРФИЗМЛАРИ

Сўнги йилларда ошқозон шиллиқ қаватининг яллиғланиш жараёнларида иммун жавоб тартибга солиш турли цитокин генлар ҳақида етарли ишончли маълумотлар тўпланган. Ушбу ишлар орасида ошқозон яллиғланиш ва ярали жараёнларининг шаклланиши генетик механизмлари бўйича тадқиқотларда жуда кам олинган маълумотлар бир-бирига зиддир. Шу билан бирга, ошқозон яраси ривожланишига олиб

келадиган яллиғланиш жараёнининг ривожланишини модуляция қилувчи омилларни аниқлаш уларнинг эрта прогностик мезонларини ва айни пайтда профилактик ва терапевтик стратегияларни ишлаб чиқишда жуда муҳимдир.

Калит сўзлар: яллиғланиш, ошқозон яраси, ривожланиш механизмлари, генлар, цитокинлар, ИЛ - 6, ИЛ-10.

POLYMORPHISMS OF CYTOKINE GENES IN THE MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF INFLAMMATORY AND ULTRASONIC GASTRIC DAMAGE

To date, sufficiently reliable data have been accumulated on the involvement of various cytokine genes in the regulation of the immune response in inflammatory processes of the gastric mucosa. Among these works, studies devoted to the genetic mechanisms of the formation of inflammatory and ulcerative lesions of the stomach are few in number, and the data obtained are contradictory. Meanwhile, the identification of predisposing factors that can modulate the progression of the inflammatory process leading to the development of stomach ulcers is very important in terms of developing their early prognostic criteria, and, at the same time, preventive and therapeutic strategies.

Key words: inflammation, gastric ulcer, mechanisms of development, genes, cytokines, IL - 6, IL - 10.

Воспалительные и язвенные поражения желудка довольно широко встречаемые патологии во всем мире, наблюдаемые среди 10% населения земного шара. Воспалительный процесс, являясь динамичным, непрерывно проявляется на протяжении всей жизни каждого человека в результате взаимодействия между внешними и внутренними факторами. По данным модельного анализа развитие язвенной болезни в среднем в 39% (32–47%) случаях связано с генетическими факторами и в 61% (53–68%) с воздействием факторов внешней среды [14].

Различные инфекции могут выступать в качестве триггерных факторов инициирующие воспалительные реакции в слизистой желудка. Важная роль среди инфекционных агентов в начале воспалительных и язвенных заболеваний отводится патогенному воздействию инфекции *H. pylori*. В ряде исследований, результаты которых свидетельствуют, что не у всех индивидов с инфицированием *H. pylori* развивается воспаление и язва желудка. В этом плане I. B Ramis et al. (2017) отмечают, что начало заболеваний зависит от степени вирулентности штаммов *H. pylori* и генетических факторов, регулирующих выработку цитокинов, экспрессия которых способствует созданию благоприятных условий для жизни и колонизации этой бактерии. По данным метаанализа S. Shiota et al. (2012) сообщают, что *H. pylori* приводит к тяжелому антральному гастриту за счет развития острого и хронического воспаления в слизистой желудка. Кроме того, J.M. Kang et al. (2009) утверждают о наличии в зоне повреждения локального повышения продукции цитокинов IL-6, IL-8, и IL-10 активированными нейтрофилами и мононуклеарными клетками [9], что приводит к стимуляции секреции гастрина, а также гистамина и усиливается секреция кислоты, постоянное действие которой повреждает слизистую желудка [8]. В литературе приводятся данные о том, что *H. pylori* стимулирует выработку ряда цитокинов (IL-1 β , IL-2, IL-10, IL-12) участвующих в иммунном ответе слизистой желудка [4], оказывая прямое или косвенное угнетающее действие на функцию париетальных клеток. В настоящее время большинство специалистов рассматривают воспалительные и язвенные поражения слизистой желудка как мультифакторные, полиэтиологичные патологии, имеющее генетическую природу и предрасположенность. Проведенные генетические исследования показали, что риск развития этих заболеваний у родственников 1-ой линии родства в 3-4 раза превышает таковой в популяции в целом.

Наряду с патогенным влиянием *H. pylori* в патогенезе воспаления и язвенных поражений желудка значительная роль отводится генам регуляторам иммунного ответа, в связи с чем проводится активное изучение ключевых цитокиновых генов. Основная часть существующих на сегодня исследований по оценке вклада генетических факторов в механизмы развития заболеваний желудка проведена при раке желудка [1,4], тогда как сведения об их участии в формировании воспаления и язв в слизистой оболочке желудка весьма немногочисленны и противоречивы [11]. В последние годы ряд полиморфных вариантов генов цитокинов рассматриваются как важные критерии для прогнозирования развития заболеваний желудочно-кишечного тракта. Особый интерес исследователей направлен на изучение полиморфизмов генов цитокинов, способных участвовать в угнетении секреции кислоты в желудке, усиливать воспалительные реакции, создавая все предпосылки развития благоприятных условий для *H. pylori*. В частности, N. Kodaman et al. (2014), K.A. Bockerstett et al. (2017), A. Pormohammad et al. (2019) в своих исследованиях в качестве генетических предикторов высокой вероятности

развития предраковых поражений желудка определили такие цитокиновые генов как IL1B, IL6, IL 8, IL-10, IL-22, IL4R, IL1RN и др. [4, 11].

Исследованиями M. Leja et al. (2012), A.M. Sampaio et al. (2015) показано, что IL-6 являясь многофункциональным цитокином, функционируя и как эндокринный регулятор и как медиатор воспаления появляется на ранних стадиях воспалительного процесса. Более того, он играет существенную роль в защитных механизмах хозяина, посредством дифференциации, поддержании цитотоксических Т-клеток и стимулирования секреции иммуноглобулинов активированными В-клетками IL-6 выступая в качестве посредника между системами врожденного и приобретенного иммунитета. Посредством продуцирования IL-1 Ra и sTNF-R55, подавляющие активность TNF- α и IL-1 данный цитокин имеет важную роль в реализации реакций острой фазы, в контроле обмена веществ и в патогенезе многих хронических заболеваний. Существуют данные, что концентрация IL-6 слизистой оболочки желудка повышается при ассоциированном с *H. pylori* гастрите, и снижается после эрадикации данной инфекции. Следующим важным многофункциональным цитокином, оказывающий весомый вклад в формирование воспалительных процессов посредством снижения регуляции опосредованных клеточных иммунных и цитотоксических воспалительных реакций является IL - 10. Исследователями неоднократно оценивался вклад гена IL10 в риск формирования воспаления, язвенной болезни и рака желудка, но при всём этом, результаты остаются малоубедительными, что по мнению S. Assis (2014), возможно связано с наличием различий в проводимых дизайнах исследований и этнической принадлежности в оцениваемых популяциях [3].

Согласно H.H. Cheng et al. (2010) носительство полиморфизмов гена IL - 10 в азиатских популяциях могут быть связаны с повышенной вероятностью риска развития рака желудка [5]. В несколько поздних публикациях M.A. Chiurillo (2014) также сообщалось о наличии связи между полиморфизмами промотора IL - 10 (-1082G/-819C/-592C) и началом рака желудка [6]. Участие гена IL - 10 в формировании рака желудка объясняется его способностью оказывать не только противовоспалительный эффект, но и иммунодепрессивный эффект. По мнению ряда авторов высокая концентрация IL - 10, выявленная среди носителей различных генотипических вариантов гена IL - 10, в какой-то мере позволяют объяснить снижение активности местных иммунных реакции при хронической инфекции *H. pylori*, что может предрасполагать таких пациентов к развитию рака желудка [7].

В развитии заболеваний желудка роль генетических факторов в ассоциации с другими факторами риска (курение, употребление сои) рассмотрена итальянскими [12] и корейскими исследователями [10]. Установлено значимое повышение риска некардиального рака желудка среди носителей неблагоприятных генотипических вариантов гена IL - 10 у курильщиков, инфицированных *H. pylori* [12]. Показано, что генотип, обеспечивающий высокую выработку IL - 10 повышает риск развития рака желудка среди пациентов с низким потреблением сои, результаты авторы объясняют с наличием противовоспалительного действия сои уравнивающие проканцерогенное действие генотипических вариантов гена IL - 10 [10].

Исследования по оценке роли трех полиморфизмов гена IL-10 (-1082A>G), (-819C>>T) и (-592A>>>C) в китайской популяции проведенные относительно недавно (2018) установили, что генотип C/C варианта гена IL-10 (-819C>T) по сравнению с генотипом T/T ассоциируется с низким риском развития атрофического гастрита и рака желудка (OR = 1.79; 95% ДИ: 1.02–3.13; P = 0.043). В то же время, в этом исследовании, не выявлено наличие значимой связи между полиморфизмами IL-10 (-1082A>G) и (-592A>>>C) с повышением риска развития этих заболеваний [13]. В крупном эпидемиологическом исследовании проведенном в 2019 г. Ansa Negovan et al. среди пожилых немецких пациентов также была обнаружена высокая достоверная связь между носительством генотипа C/C гена IL-10 (-819C>T) и началом хронического атрофического гастрита (95% ДИ: 1.01–2.76) [2].

Таким образом, на сегодняшний день накоплено достаточно достоверных данных о вовлеченности различных генов цитокинов в процессах регуляции иммунного ответа при воспалительных процессах слизистой желудка. Однако, исследования, посвященные генетическим механизмам формирования воспалительных и язвенных поражений желудка, малочисленны, а полученные данные противоречивы.

Заключение. Следовательно, обобщая представленные в современной литературе вышеприведенные факты можно заключить, что генетическая природа формирования воспалительных и язвенных поражений желудка до сих пор чётко не определена. Несмотря

на неоспоримое наличие общих закономерностей иммунных реакций в формировании воспалительных и язвенных процессах, до сих пор не выявлено общих генов-детерминантов предрасположенности к их развитию. Между тем, выявление предрасполагающих факторов, способных модулировать прогрессирование воспалительного процесса ведущего к развитию язв желудка имеет весьма важное значение в плане разработки их ранних прогностических критериев и профилактических и лечебных стратегий. В этой связи, проведение дополнительных исследований направленные на изучение ассоциации генотипов *Helicobacter pylori* и полиморфных локусов генов цитокинов в патогенезе воспалительного и язвенного поражений желудка представляется целесообразным и необходимым.

Литература.

1. Amieva M, Peek RM., Jr Pathobiology of *Helicobacter pylori*-Induced Gastric Cancer. *Gastroenterology*. 2016;150:64–78.
2. Anca Negovan, Mihaela Iancu, Emöke Fülöp, and Claudia Bănescu *Helicobacter pylori* and cytokine gene variants as predictors of premalignant gastric lesions. *World J Gastroenterol*. 2019 Aug 14; 25(30): 4105–4124.
3. Assis S, Marques CR, Silva TM, Costa RS, Alcantara-Neves NM, Barreto ML, et al. IL10 single nucleotide polymorphisms are related to upregulation of constitutive IL-10 production and susceptibility to *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter* 2014;19:168e73.
4. Bockerstett KA, DiPaolo RJ. Regulation of Gastric Carcinogenesis by Inflammatory Cytokines. *Cell Mol Gastroenterol Hepatol*. 2017;4:47–53.
5. Cheng HH, Chang CS, Wang HJ, Wang WC. Interleukin-1beta and -10 polymorphisms influence erosive reflux esophagitis and gastritis in Taiwanese patients. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25:1443e51.
6. Chiurillo MA. Role of gene polymorphisms in gastric cancer and its precursor lesions: current knowledge and perspectives in Latin American countries. *World J Gastroenterol* 2014;20:4503e15.
7. de Brito BB, da Silva FAF, de Melo FF. Role of polymorphisms in genes that encode cytokines and *Helicobacter pylori* virulence factors in gastric carcinogenesis. *World J Clin Oncol*. 2018;9:83–89.
8. de Oliveira, J.G., Rossi, A.F.T., Nizato, D.M. et al. Influence of functional polymorphisms in TNF- α , IL-8, and IL-10 cytokine genes on mRNA expression levels and risk of gastric cancer. *Tumor Biol*. 36, 9159–9170 (2015). <https://doi.org/10.1007/s13277-015-3593-x>.
9. Kang JM, Kim N, Lee DH, et al. The effects of genetic polymorphisms of IL-6, IL-8, and IL-10 on *Helicobacter pylori*-induced gastroduodenal diseases in Korea. *J Clin Gastroenterol* 2009;43(5): 420-8;
10. Kim J, Cho YA, Choi IJ, Lee Y-S, Kim S-Y, Shin A, et al. Effects of interleukin-10 polymorphisms, *Helicobacter pylori* infection, and smoking on the risk of noncardia gastric cancer. *PLoS One* 2012;7:e29643.
11. Kodaman N, Pazos A, Schneider BG, Piazzuelo MB, Mera R, Sobota RS, Sicinschi LA, Shaffer CL, Romero-Gallo J, de Sablet T, Harder RH, Bravo LE, Peek RM, Jr, Wilson KT, Cover TL, Williams SM, Correa P. Human and *Helicobacter pylori* coevolution shapes the risk of gastric disease. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014;111:1455–1460.
12. Lio D, Scola L, Crivello A, Colonna-Romano G, Candore G, Bonafè M, et al. Inflammation, genetics and longevity: further studies on the prospective effects in men of IL-10-1082 promoter SNP and its interaction with TNF-alpha-308 promoter SNP. *J Med Genet* (2003) 40:296–9. doi:10.1136/jmg.40.4.296.
13. Liu S, Liu JW, Sun LP, Gong YH, Xu Q, Jing JJ, Yuan Y. Association of IL10 gene promoter polymorphisms with risks of gastric cancer and atrophic gastritis. *J Int Med Res*. 2018;46:5155–5166.
14. Liu Y, Xu Y, Wang Y, Yao Y, Yang J. Associations between interleukin gene polymorphisms and the risk of gastric cancer: A meta-analysis. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2018;45:1236–1244.

УДК:616.27-98;584

ЭТАПЫ РАЗРАБОТКИ ДИАГНОСТИЧЕСКИ СВЯЗАННЫХ ГРУПП

Бердимуратов Д.У.
(ТашПМИ)

По оценкам экспертов указанных в докладе Всемирной организации здравоохранения от 20 до 40% средств направленных на финансирование системы здравоохранения в настоящее время теряются вследствие их неэффективного использования. Статья посвящена разработки проспективной модели финансирования медицинских услуг.

Ключевые слова: финансирование, система здравоохранение, качества медицинских услуг

ДИАГНОСТИК БОҒЛИҚ ГУРУҲЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ БОСҚИЧЛАРИ

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти хисоботида кўрсатилган экспертларнинг хисоб-китобларига кўра, бугунги кунда соғлиқни сақлаш тизими молиялаштириш учун ажратилаётган маблағларнинг 20 фоизидан 40 фоизигача самарасиз фойдаланганлиги сабабли йўқолиб қолмоқда. Мақола тиббий хизматларни моли-

ялаштиришнинг истиқболли моделини ишлаб чиқишга бағишланган.

Калит сўзлар: молиялаштириш, соғлиқни сақлаш тизими, тиббий хизмат сифати.

EXPERIENCE IN DEVELOPED COUNTRIES ON THE IMPLEMENTATION OF DIAGNOSTIC RELATED GROUPS

With the development of market relations and the growth of population requirements for the quality and volume of medical care, there is a lack of funding in many countries. Health care is too costly a branch of the economy and cannot be both cost-effective and affordable for the entire population.

In this regard, the effective allocation of funds and the search for additional sources of financing for health care becomes especially important. Few European health systems have a single source of funding.

Key words: moliyalashtirish, soliқini saqlash tizimi, tibbiy hizmat sifati.

Во всем мире с каждым годом увеличиваются хронические неинфекционные заболевания, объем на лечения, которых требует с каждым годом выделения больших затрат. Причинами, которых являются, образ жизни, обычаи и обряды сельских и городских жителей. Табакокурение, алкоголизм и неправильное питание являются одними из важных факторов определяющих структуру заболеваемости и инвалидности [1,2].

Здравоохранение слишком затратная отрасль в современных условиях. Даже в промышленно развитых странах медицинское обслуживание не может быть одновременно рентабельным и доступным для всего населения. В тоже время, по оценкам экспертов указанных в докладе Всемирной организации здравоохранения от 20 до 40% средств направленных на финансирование системы здравоохранения в настоящее время теряются вследствие их неэффективного использования[14].

ДСГ, предложенные и разработанные в США, применяются в разных странах главным образом из-за ее трех сильных сторон.

1. Оплата обладает большей открытостью в финансировании больниц.
2. Выплаты основаны на показателях здоровья населения (преимущественно демографические и клинические характеристики). Это основа для финансирования больниц по системе ДСГ.
3. Финансирование по системе ДСГ способствует развитию конкуренции и предполагает поощрение эффективно работающих больниц.

Система ДСГ не навязывает необоснованных медицинских услуг и исключает неэффективный уход за пациентами.

Система ДСГ, действующая во многих странах мира (таблица 1), называется по-разному, но имеет единый принцип: медицинские учреждения финансируются, по диагнозу основного заболевания, скорректированному по тяжести случая, возрасту, вторичным заболеваниям и осложнениям[7].

Таблица 1.

Название ДСГ в различных странах мира

№	Название ДСГ	Страна	Год внедрения
1.	Case Mix Groups [CMG]	Канада	1994
2.	Australian Refined [AR-DRG]	Австралия	1993
3.	Diagnosis Procedure Combinations [DPC]	Япония	1998
4.	Groupes Homogones de Malades [GHM]	Франция	2004
5.	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung [LKF]	Австрия	1997
6.	Diagnosis Behandeling Combinatie [DBC]	Голландия	2005
7.	Payment by results	Ирландия, Италия, Португалия, Сингапур, Венгрия, Дания	1995-2009

Медико-экономические стандарты являются первой ступенью внедрения системы ДСГ. Поскольку цена за каждый диагноз устанавливается заранее возможен стимул минимизировать

затраты на лечение. В США с введением ДСГ сократилась длительность пребывания пациентов в больницах. На ранних стадиях внедрения этой системы пациентов пытались включить в более дорогостоящие группы, путем выявления осложнений или постановкой вторичного диагноза. Эта проблема была устранена. В настоящее время наблюдаются случаи, направление пациентов на более высокий уровень лечения при тяжелых случаях заболеваний[8].

Для финансирования по системе ДСГ больницам необходима исходящая информация. Во-первых, пациентов необходимо включить в соответствующую категорию, используя пакет программ «Groupet» (Международная классификация болезней 10 пересмотра). Во-вторых, из-учить затраты на процедуры, которые зачастую являются высокими.

Система ДСГ является проспективной, поскольку цены на процедуры определяются до лечения. Это позволяет избежать проблем ретроспективной оплаты, когда поставщики получают большее количество денег просто потому, что увеличивают объем лечения. Поскольку оплата за каждую услугу является единой величиной для всех учреждений, то они не могут конкурировать между собой по ценам. ДСГ или тариф на медицинскую услугу может быть использован как первоначальная основа для переговоров. Вместе с тем покупатель может обсудить объем услуг, заранее зная их цену[3,4].

В Германии до 2002 года больничные кассы оплачивали медицинские услуги на основе комплексной системы тарифов или за лечение определенных болезней. В отдельных случаях в виде проведенного эксперимента по системе паушальных (с немецкого слова pauschal – целиком, оптом, усредненные, относительные) величин диагностики и лечения. С 2003 года в Германии повсеместно внедрена система финансирования по ДСГ, при которой стоимость твердо установлена и связана с диагнозом каждого пациента независимо от времени его пребывания в больнице; по принципу «одинаковая цена – одинаковое качество». Этот принцип установлен согласно Закону § 17 КНГ «О финансировании больниц»: цены медицинских услуг одинаковы для всех пациентов[7].

С помощью этой системы удалось избежать неоправданных затрат на продление пребывания пациента в больнице, улучшить качество обслуживания, поскольку услуги стали соответствовать стандартам лечения по каждому диагнозу. Введение данной системы сопровождалось в Германии мерами по оценке качества медицинских услуг. Под ними подразумеваются стандартизированные протоколы лечения, в которых фиксируется лечение после установления диагноза. Механизмы данной системы позволяют повысить эффективность услуг и улучшить их качество[5].

Классификация заболеваний. В Германии система ДСГ оптимизирует расходы на лечение. При помощи этой модели оплачивается все лечение. А сама модель остается «гибкой» учитывающей ежегодные корректировки. Например, к началу внедрения системы были разработаны 664 диагностически связанные группы, а в 2010 г. их было уже 1200. На базе основных и сопутствующих диагнозов определены необходимые процедуры. С учетом дополнительных параметров: возраст, пол, осложнения, времена искусственной вентиляции легких и т.д.

Заболевания группировали по принципу «от комплексного к простому и от медицинского к экономическому». Деление по ДСГ начиналось с описания всех заболеваний, проходило через классификацию и резюмировалась в группах[6].

Основные диагностические группы (ОДГ) в Г-ДСГ (немецкий вариант ДСГ) включает 23 категории, каждой из которых присвоен цифровой (от 1-23) и буквенный (от А до Z) коды. Например, ОДГ №01 (заболевания и расстройства нервной системы), код В, ОДГ 02С-заболевания и расстройства зрения и т.д.

Следующим этапом является деление по типу необходимому медицинской помощи: общего характера, хирургические и другие. Чтобы попасть в группу «хирургической помощи», услуга должна включать как минимум одну хирургическую процедуру. Для распределения в группу «другая помощь» помощь должна включать как минимум одну важную терапевтическую процедуру. Процедура, не отнесенная ни к «хирургической», ни к «другой» распределяется в «медицинскую помощь общего характера». Цифровые коды распределяются следующим образом: 01-39 – заболевания, требующие хирургического вмешательства (лечение хирургическим путем) нервных заболеваний общими номерами является В01 - В39; 40-59- заболевания, требующие других медицинских вмешательств; 60-99 – заболевания, требующие медицинской помощи общего характера (таблица 2) и т.д. [9].

Таблица 2.

Примерная форма классификации заболеваний в Германии

БДК	Наименование категории	код
01	нервные заболевания	В

Следующий этап-деление по степени осложнений и уровню сопутствующих заболеваний. В Германии установлен специальный уровень сложности сочетанных заболеваний (УССЗ):

- 0 = не влияющие на сложность;
- 1 = имеют незначительные признаки сложности;
- 2 = средняя тяжесть сложности;
- 3 = серьезный уровень сложности;
- 4 = критический уровень сложности.

Следующий этап-деление - по затрачиваемым ресурсам, производится уровню клинической сложности заболевания пациента (УКСЗ), который коррелирует с соответствующей медицинской помощью. Клиническая сложность делится на 5 уровней: А - максимальные затраты в рамках данной ДСГ; В - вторичный максимально высокий уровень затрат; С - третичный максимальный уровень затрат; D - четвертый максимальный уровень затрат; Z - ресурсы для данной ДСГ не определены.

Распределение заболеваний по ДГС представлено на рисунке 1 [10]:

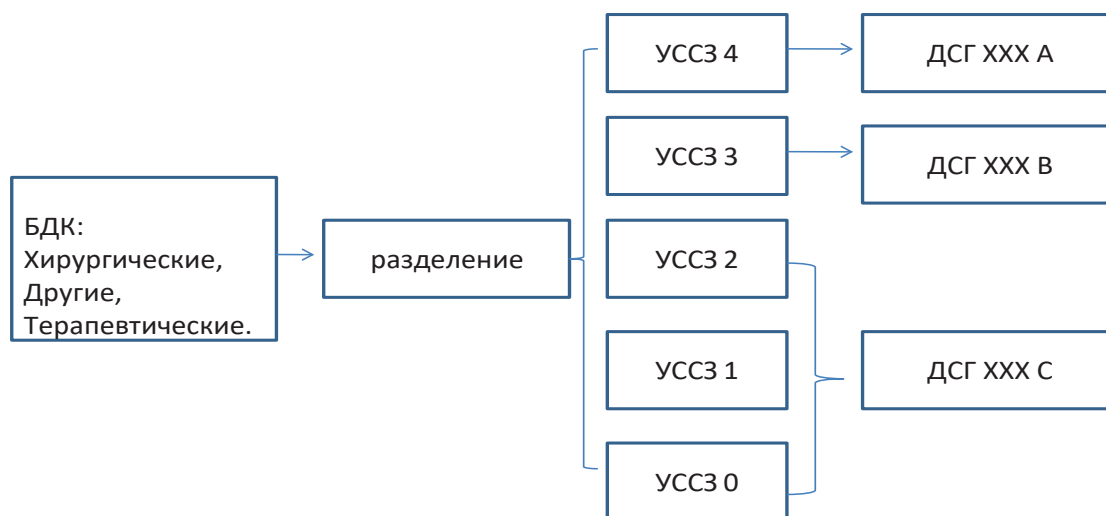


Рис. 1. Разделение по уровню классификации заболеваний

Таким образом, ДСГ с кодом В69А означает расстройство нервной системы, требующее общего медицинского вмешательства, с максимальными затратами. Первая буква кода означает нозологию, вторая - тип медицинской помощи, третья - уровень затрачиваемых ресурсов[11].

Расчет доходов по ДСГ. Расчет доходов по ДСГ включает относительный вес затрат, пролеченные случаи и индекс пролеченных случаев.

Относительный вес затрат (ОВЗ). Каждая ДСГ имеет относительный вес затрат (CW – cost weight). Чтобы его определить проводится бенчмаркинг. Бенчмаркинг (Benchmarking) - это процесс определения, понимания и адаптации имеющихся примеров эффективного функционирования компании с целью улучшения собственной работы. Он в равной степени включает два процесса: оценивание и сопоставление.

С 2009 года цена стала определяться как умножение относительного веса затрат на базовую стоимость лечения. Для каждой земли в Германии базовая стоимость устанавливается отдельно и составляет от 2700 в небольших сельских больницах до 3100 евро в крупных городских больницах (рисунок 2).

Базовые стоимости случаев лечения для земли в 2009 г.

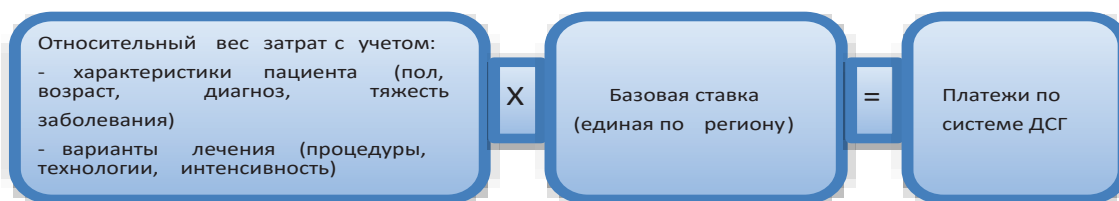
(По состоянию на 30.09.2009)



Рис. 2. Базовая стоимость лечения в Германии

Пример возмещения затрат по ДСГ: обычные роды без осложнений: относительно вес затрат (cost weight) - 0,541, умноженный на базовую ставку 2900 дает сумму по ДСГ, то есть: $0,541 \times 2900 \text{ €} = 1568,9 \text{ €}$, где 0,541 – относительный вес затрат, 2900 евро - единая базовая стоимость в Берлине (рисунок 3) [12].

В стоимость лечения ДСГ входят также гонорары врачей. Если пациенты, оплачивающие медицинские услуги, самостоятельно хотят лечиться у главного специалиста, то стоимость этой услуги будет считаться дополнительной. Добровольно выбранная услуга не входит в пакет ДСГ. Она оплачивается отдельно и непредсказуема заранее, т.к. зависит от многих факторов: вида медицинской помощи, сложности операции, количества обследований или визитов и пр. Стоимость лечения может возрасти на 50 -100 %.



- Пример оплаты (паушально): обычные роды без осложнений в 2010 году

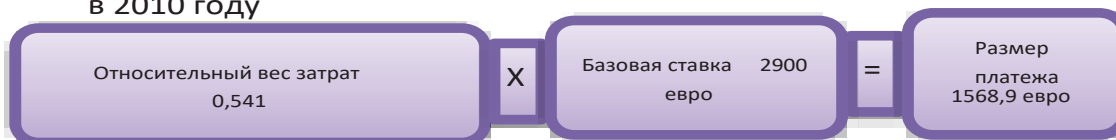


Рис. 3. Немецкая система ДСГ

Большинство больниц Германии располагают 3, 2, и одноместными палатами. Если пациенты хотят быть помещены в одноместной или двухместной палате, то это обойдется им дополнительно в день в сумму от 50 до 90 евро. В предоставленной ниже ДСГ - таблице длительность

стационарного лечения (LOS – Length of Stay) обозначает среднюю продолжительность (в днях) пребывания пациента с таким диагнозом в стационаре. Количество дней, умноженное на доплату в день, образует ориентировочную сумму дополнительных расходов за комфортабельное размещение[13]. Так например, 50 евро X 15,4 = 770 евро дополнительно оплачивается за размещение в комфортабельной палате для проведения J26Z. Пластическая реконструктивная операция молочной железы с кожно-мышечной трансплантацией (таблица 2).

Таблица 2.

Возмещение стоимости лечения по ДСГ

ДСГ	Описание диагноза	Проле- ченные случаи	Средняя продолжи- тельность лечения	Базовая ставка 2900 (евро)	Затраты на персо- нал (75%) (евро)	Возмож- ная сто- имость лечения (евро)
J26Z	Пластическая реконструктивная операция молочной железы с кожно-мышечной трансплантацией	3,663	15,4	10.623	7.967	18.590
H08A	Лапароскопическая холицистэктомия	1,772	12,7	5.139	3.854	8.993
H07A	Холицистэктомия	2,483	14,6	7.201	5.401	12.602

Внедрение системы ДСГ требует подготовительной работы. В Германии система ДСГ была внедрена в течение 10 лет и разделена на 4 этапа (таблица 3).

Таблица 3.

Этапы внедрения ДСГ в Германии

1- этап Подготовительный	2- этап Бюджетный	3- этап Внедрение	4- этап Дальнейшее обсуждение политики
2000-2002 годы	2003-2004 годы	2005-2009 годы	2010 год
пересмотр Австралийской системы на Германскую используя МКБ-10; - создание института по расчету учетно- затратной системы для определения относительного веса затрат (cost weight)	перевод с исторического бюджета на бюджет по ДСГ, добровольное участие больниц для внедрения новой системы оплаты медицинских услуг	позаэтапные переводы больниц на ДСГ с ежегодным вовлечением 15-25 % новых больниц	обсуждение (смешанных и максимальных) цен, отдельных или объединенных диагнозов, улучшение качества, бюджет и сбор данных по финансированию

Система ДСГ стимулирует увеличение количества пациентов и сокращает количество услуг на лечение каждого заболевания. В отличие от метода, основанного на возмещении стоимости, ДСГ ограничивает свою деятельность только необходимыми услугами; в отличие от глобальных бюджетов ДСГ стимулирует увеличение количества пациентов. С точки зрения контроля за расходами ДСГ также является эффективной системой. Внедрение системы ДСГ сдерживает рост расходов, повышает эффективность их использования[15].

Если не ясно и точно классифицированы группы пациентов, трудно определить объем оплаты. ЛПУ могут избегать риска лечения более сложных больных. Работникам администрации требуются программы, позволяющие стандартизировать диагнозы и процедуры, для определения средних затрат на лечение.

Цена по ДСГ полностью или частично независима от затрат отдельных поставщиков. Во многих странах, существует смешанная цена, устанавливаемая на национальном уровне, а не локально. Система оплаты медицинских услуг требует установления минимальных и средних сроков госпитализации пациентов. При практическом использовании ДСГ важен контроль отклонений от стандарта. Так, например, при выполнении 80% утвержденной длительности лечения соответствующей ДСГ оплата медицинской помощи производится по полному тарифу. Оплата случаев лечения, длительность которых составляет менее 80% утвержденной по ДСГ, производится за фактические койко-дни.

Система ДСГ устанавливает ограничения только на цену, а объем и набор услуг выбирает руководство больницы. В настоящее время четко прослеживается тенденция использовать этот метод, во-первых, в рамках системы предварительного бюджетирования больничного сектора, во-вторых, для обоснованной оценки необходимых больнице финансовых ресурсов.

Метод ДСГ является инструментом планирования ресурсов, предварительного финансирования. После оценки результатов лечения сэкономленная часть бюджета остается в больнице и используется на ее развитие.

Система ДСГ имеет положительные стороны и риски (таблица 4). К достоинствам следует отнести возмещение расходов в расчете на пролеченного пациента. Иначе говоря, метод ДСГ обеспечивает систему расчетов, которая поддерживает связь между клиническими и экономическими системами при оказании медицинской помощи пациентам [9,10].

Потенциальный недостаток системы ДСГ – вероятность мотивации отнести случай к группе с более высокими ставками возмещения, повторной госпитализации. Один случай превращается в два случая, появляются стимулы лечения больных амбулаторного профиля в больницах.

Таблица 4.

Положительные стороны и риски системы ДСГ

Положительные стороны	Негативные риски
Медицинские работники заинтересованы в сокращении сроков лечения	Снижение объема детальных услуг, досрочная выписка не долеченных пациентов
Объем расходов в определенной степени предсказуем	Стимулы манипулировать диагнозами для отнесения пациентов к более дорогостоящим группам
Готовность больниц к использованию этого метода	Возможные отказы тяжелым больным, лечение которых дороже предусмотренного тарифа

Выводы. С учетом вышеизложенного внедрение системы ДСГ в больницах обеспечивает справедливую оплату медицинских услуг с учетом материальных затрат и сложности случая, экономное использование ресурсов при повышении качества услуг; снижает пребывание пациентов в стационаре; повышает конкуренцию среди больниц за счет повышения качества и эффективности (в том числе и экономической) медицинской помощи.

Литература.

1. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Дж. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Всемирная организация здравоохранения. – Копенгаген. - 2002. - С. 328.
2. Покровский В.И., Кузнецов П.П. Платные медицинские услуги и высокотехнологическая помощь в научных центрах клинического профиля // Экономика здравоохранения. - М., 2003. - №4. - С. 25-27. (34)
3. Пронина, Л.И. Пути повышения качества медицинской помощи в системе ОМС / Л.И. Пронина // Мед. страхование. – 1996. - №13-14. - С. 14-16.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения: Учебное пособие для вузов. - М.: «ГЕОТАР-МЕД». - 2004. – С. 271.
5. Субботина, Л.Н. Пути совершенствования контроля качества медицинской помощи / Л.Н. Субботина // Мед. страхование. - 1996. - №13-14. - С. 25-37.
6. Фляйге Т., Шарф Р., Земрай М. Здравоохранение и экономика: избранные аспекты // Сборник к проведению Летней академии «Менеджмент в здравоохранении» для медиков в Узбекистане. Университет прикладных наук г. Оснабрюк. - 2003. - С. 122.
7. Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D. (1980). Casemix definition by diagnosis-related groups. Medical Care, 18(2):1-53.
8. Fetter, R.B., ed. (1991). DRGs: Their Design and Development. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
9. Fetter, R.B. (1993). Foreword, in M. Casas, M. Wiley, eds. Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and

- Perspectives. Berlin: Springer-Verlag.].
10. Rodrigues, J.M. (1993). DRGs: origin and dissemination throughout Europe, in M. Casas, M. Wiley, eds. Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives. Berlin: Springer-Verlag.
 11. Quality in Health Care / Ed. N.O. Graham. - Gaithersburg. Maryland: Aspen Publication, 1995.
 12. Wilke, M et al. (2001). Introduction the new DRG – based payment system in German hospitals: a difficult operation? Berlin: Springer-Verlag.
 13. Weiland, D.E. Why use clinical pathways rather than practice guidelines? / D.E. Weiland // Amer. J. Surg. - 1997. - Vol. 174. - P. 592-595.
 14. WHO Evidence-led obstetric care: report of a WHO meeting. Geneva: World Health Organization; 2004.

УДК: 616.65-007.61

ПРОСТАТА БЕЗИ ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОЛОГИЯНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ (Андижон шаҳри мисолида)

Шадманов А.Қ., Салиев А.Р., Саломова Ф.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Простата безининг хавфсиз гиперплазияси 844 (42,7%) кишида қайд этилиб, энг паст кўрсаткичи 30-39 ёш гуруҳида, энг юқори кўрсаткич эса 50-59 ёшдаги эркеклар учун хослиги (28,4%) аниқланди. Простата безининг гиперплазияси ривожланишида асосий хавф омилларини баҳолаш натижалари 77,1% респондентлар тамаки чекишини, 87,8% респондентлар спиртли ичимликлар истеъмол қилишини, 82,5% респондентлар дори воситаларини тез-тез қабул қилишини ёки жуда кўп қабул қилишини кўрсатди. Респондентларнинг 60,2 фоизиди овқатланишида бузилишлар, 52,7 фоиз ҳолатларда сабзавот ва ҳўл мевалар кам истеъмол қилинганини, шунингдек 59,1 фоиз текширилганлар тузни кўп истеъмол қилингани аниқланди.

Калит сўзлар: простата беzi, гиперплазия, эпидемиология, хавф омиллари, анкета сўровномаси, ирсий омиллар, индивидуал ривожланиш, саломатлик ҳолати.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ (на примере Андижана)

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы была зарегистрирована у 844 (42,7%) человек, самый низкий показатель - в возрастной группе 30–39 лет, а самый высокий - в возрастной группе 50–59 лет (28,4%). Результаты оценки основных факторов риска развития гиперплазии простаты показали, что 77,1% респондентов курили, 87,8% респондентов употребляли алкоголь, 82,5% респондентов принимали лекарственные средства часто или слишком много. Нарушения питания были обнаружены у 60,2% респондентов, 52,7% респондентов употребляли свежие овощи и фрукты ниже рекомендуемых норм, 59,1% респондентов употребляли соль больше рекомендуемых норм. **Ключевые слова:** предстательная железа, гиперплазия, эпидемиология, факторы риска, анкета, генетические факторы, индивидуальное развитие, состояние здоровья.

EPIDEMIOLOGY OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA AND THE IMPORTANCE OF RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF PATHOLOGY (ON THE EXAMPLE OF ANDIJAN)

Benign prostatic hyperplasia was registered in 844 (42.7%) people, the lowest rate was in the age group 30–39 years old, and the highest in the age group 50–59 years old (28.4%). The results of the assessment of the main risk factors for the development of prostatic hyperplasia showed that 77.1% of the respondents smoked, 87.8% of the respondents drank alcohol, 82.5% of the respondents took drugs often or too much. Eating disorders were found in 60.2% of the respondents, 52.7% of the respondents consumed fresh vegetables and fruits below the recommended norms, 59.1% of the respondents consumed salt more than the recommended norms.

Key words: prostate gland, hyperplasia, epidemiology, risk factors, questionnaire, genetic factors, individual development, health status.

Мавзунинг долзарблиги. Простата безининг гиперплазияси (ПБГ) урологияда энг кенг тарқалган ҳамда муҳим тиббий ва ижтимоий аҳамиятга эга муаммодир [1-2]. ПБГ узоқ умр кўрадиган эркекларда кўп учрайдиган касаллик бўлиб, ўзига хос географик, ирқий ва популяцион ўзига хослик билан характерланади [3-5]. Қатор олимларнинг тадқиқот натижалари, сўнгги йилларда барча ёш гуруҳлари орасида ПБГнинг учраш частотаси ортиб бораётганидан, ҳамда "ёшариб", 25 ёшдан бошлаб пайдо бўлаётганидан далолат бермоқда. Шунингдек, 50 ёшдан ошган эркеклар организми бу патологиянинг ривожланишига "мойил бўлиб", аниқланган касалликларнинг 40 фоизидан кўпи шу ёшга тўғри келмоқда [6, 10-11].

ПБГ полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг ривожланишида тиббий-биологик омиллар билан бир қаторда ижтимоий гигиеник омиллар ҳам муҳим аҳамиятга эга. Популяция даражасида хавф омиллари устидан назорат патологиянинг сабабларини чуқур ўрганишга, ҳамда "бошқариладаган" хавф омилларининг таъсирини пасайтириб, ПБГнинг ривожланиш хавфини

пасайтиришга имкон бериши мумкин.

Мазкур ишнинг асосий **мақсади** ташкиллаштирилмаган эркак аҳолиси ўртасида простата безининг гиперплазиясининг тарқалганлигига ва патологиянинг ривожланишида муҳим хавф омилларига гигиеник баҳо беришдан иборат бўлди.

Тадқиқотнинг мақсади ва методлари. Андижон шаҳрида ташкиллаштирилмаган эркаклар аҳолиси орасида ПБГ тарқаганлик даражаси таҳлил қилинди. Танловнинг умумий ҳажми 2702 кишини, сўровнома қамрови эса 1977 кишини (72,3%) ташкил этди. Тадқиқотга жалб этилган 30-80 ёш ва ундан катта ёшдаги уюшмаган популяциянинг ҳажми ва хусусиятлари тўғрисидаги маълумотлар 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

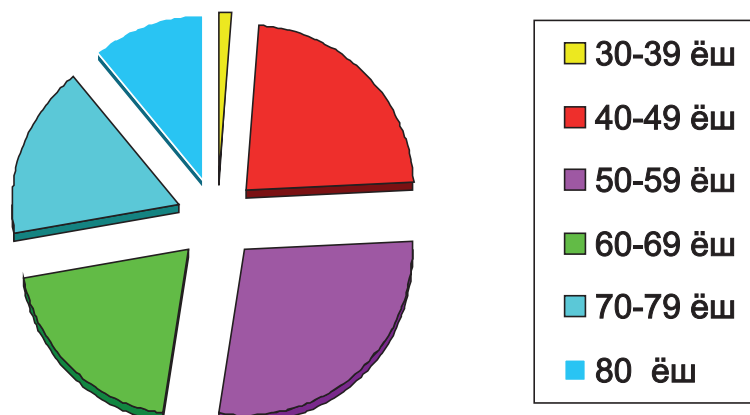
Тадқиқотга жалб этилган уюшмаган популяциянинг ҳажми ва хусусиятлари (30-80 ёш ва ундан катталар)

Тадқиқот объектлари	Аҳоли сони	10% танлов	Тадқиқотга жалб этилганлар	
			Абс.сон	%
1. Андижон шаҳрининг шимолий қисми	3640	364	280	76,9
2. Андижон шаҳри Даволаш-профилактика муассасалари	23384	2338	1697	72,5
3. Андижон шаҳри	33204	2702	1977	72,3

Хавф омилларини таҳлил қилиш учун махсус ишлаб чиқилган сўровнома асосида суриштириш ишлари олиб борилди. Сўровнома асосида тиббий-биологик (ёши, ТВИ, оғирлаштирувчи ирсият, ёндош касалликларнинг мавжудлиги ва б.) ва ижтимоий-гигиеник (ижтимоий аҳоли, тамаки чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, жисмоний фаоллик, амалдаги овқатланиш ва б.) характердаги хавф омиллариги гигиеник баҳо берилди.

Материалларни статистик қайта ишлаш Microsoft EXCEL 97 амалий дастурининг стандарт пакети ва StatPens BioStat 2009 статистик дастурларидан фойдаланиш билан Pentium IV шахсий компютерида амалга оширилди. Ўрганилаётган кўрсаткичлардан фарқлар ишончилиги Стьюдент ва χ^2 мезонлари ёрдамида баҳоланди. Кўрсаткичларнинг статистик аҳамияти $P < 0,05$ каби белгиланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Тадқиқот натижаларига кўра, 30-80 ёш ва ундан катта бўлган ёш тоифасидаги текширилган эркак популяцияси орасида простата безининг хавфсиз гиперплазияси 844 кишида қайд этилган бўлиб, 42,7% ни ташкил этди. ПБГ тарқалганлиги бўйича бошқа юқумсиз сурункали касалликлар структурасида ва сийдик ажратиш йўлининг турли касалликлари бўлган шахсларнинг ушбу тоифасида етакчи бўлиб ҳисобланади. Патологиянинг ёш градациясини бўйича тақсимот 1-расмда келтирилган.



1-расм. Простата беги гиперплазиясини ёш градацияси бўйича тарқалганлиги.

1-расмда кўрсатилганидек, 30-39 ёш гуруҳида ПБГнинг учраш частотаси 1,1 фоизни ташкил этган бўлса, 40-49 ёшдан (23,0%) 50-59 ёшгача (28,4%) бу кўрсаткичнинг 5,4 фоизга ўсгани аниқланди. 60-69 ёшдан эса ПБГнинг учраши 19,8 фоиздан 10,9 фоизгача (80 ёш ва ундан катталарда) пасайиши кузатилди (70-79 ($p < 0,05$), 60-69 ($p < 0,05$), 50-59 ($p < 0,01$) ва 40-49 ёш ($p < 0,01$). Лекин 80 ёш ва ундан катталарда ПБГнинг учраш частотаси 30-39 ёшдагиларга нисбатан 9,9 марта кўп қайд этилган ($p < 0,001$).

Шундай қилиб, мазкур патологиянинг ёш градациясини бўйича тақсимои энг юқори кўрсаткич 50-59 ёшдаги эркеклар учун хослигини ҳамда умумий касалланишнинг 28,4 фоизини ташкил этганини кўрсатди. ПБГнинг энг паст кўрсаткичи эса 30-39 ёш гуруҳида (1,1%) бўлганларда аниқланди.

ПБГнинг тарқалишининг оилавий аҳволга боғлиқлигини ўрганиш натижалари бу патологиянинг оилали ва турмуш ўртоғи вафот этганлар орасида кўп учрашини кўрсатди ($p < 0,001$) (2-жадвал).

2-жадвал

Оилавий аҳволга боғлиқ ҳолда ПБГнинг тарқалганлиги

Ёш гуруҳи	I	II	III	t критерий бўйича тафовут		
	оилали	ажрашган	бева	$p < 0,05$	$p < 0,01$	$p < 0,001$
	n=777	n=6	n=61			
30-39	1,2	0	0	-	-	I-II, I-III
40-49	24,1	83,3	1,6	-	-	II-I, I-III, II-III
50-59	29,7	16,7	11,5	I-II	I-III	-
60-69	20,6	0	9,8	-	I-III	I-II, III-II
70-79	16,9	0	16,4	-	-	I-II, III-II
≥80	7,0	0	60,7			III-I, I-II, III-II

Шу билан бир қаторда оилавий аҳволидан қатъий назар ёш катталашган сари ПБГ учраш частотаси ортиши кузатилди: уйланганлар орасида - 24,8 мартага, ажрашганлар орасида - 5,2 мартага, турмуш ўртоғи вафот этганлар орасида - 37,9 мартага.

Простата безининг гиперплазияси ривожланишида етакчи ҳавф омиллари бўлиб, пешоб ажратиш йўли инфекцияси, дори воситаларини ҳаддан ташқари кўп қабул қилиш, тана вазнининг камлиги, тузни жуда кўп истеъмол қилиш, сабзавот ва хўл меваларни жуда кам истеъмол қилиш, чекиш, спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш, ирсий мойиллик, дислипидемия, гиподинамия ва коморбидлик ҳисобланади [7-9].

ПБГ ривожланишида асосий ҳавф омилларини баҳолаш натижалари 77,1% респондентлар тамаки чекишини, 87,8% респондентлар спиртли ичимликлар истеъмол қилишини, 82,5% респон-

дентлар дори воситаларини тез- тез қабул қилишини ёки жуда кўп қабул қилишини кўрсатди.

Miller D.C., Saigal C.S., Litwin M. Слар томонидан ўтказилган тадқиқот натижаларида семизлик ПБГ ривожланишининг хавф омили сифатида тавсифланади [12]. Тадқиқотимиз натижалари 88,7% респондентларда тана вазни ортиқчаллигини кўрсатди. Дислипидемия эса 64,9% респондентларда аниқланди. Касалликга бўлган ирсий мойиллик унча юқори бўлмаган фоизни ташкил этди ва бу бошқа хавф омиллари орасида мазкур омилнинг аҳамияти сезиларсиз эканлигидан далолат беради.

Ўрганилган минтақадаги эркак аҳолисининг мутлақ овқатланишининг таҳлили, респондентларнинг 60,2 фоизида овқатланишда бузилишлар кузатилганини, 52,7 фоиз ҳолатларда сабзавот ва ҳўл мевалар кам истеъмол қилинганини, шунингдек 59,1 фоиз текширилган эркаклар контингенти орасида ҳаддан ташқари тузни кўп истеъмол қилинганини кўрсатди. Булар эса охири оқибат ПБГни ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Қатор олимлар ПБГ ривожланишида даврий жинсий ҳаёт, тебраниш (ҳайдовчилар ва велосипедистда – простатит) билан бир қаторда кам ҳарактсизлик ҳам сабаб бўлишини таъкидлашган [5, 8]. Бу омиллар тананинг пастки қисмида, жумладан простата безида, қон айланишининг бузилишига олиб келади. Қон айланушивининг секинлашуви натижасида простата безида шиш кузатилади ва қон, лимфа ёки сийдик йўлларида инфекция тушиш эҳтимоли ортади. Паст жисмоний фаоллик каби хавф омили 66,1 фоиз текширилганларда аниқланди.

Шунингдек простата безининг гиперплазиясини нозологиягача ёки клиник намоён бўлиш босқичигача ноҳуш эпидемиологик омилларнинг тўпланишида сийдик йўли инфекцияси каби хавф омили ҳам аҳамиятга эга, унинг улушига эса ушбу касалликни ривожланишини 59,8% ҳолати тўғри келади. Этиологик кўрсаткичларнинг фоиз нисбатини ўрганиш кўрсатдики, ПБГ ишончли равишда кўп коморбидлик ёки сурункали кўп сонли касалликлар билан ассоциацияланади, улар орасида ҳафакон, юракнинг ишемик касаллиги, респиратор патологиялар (ЎСОК, зотилжам), қандли диабет, ревматик касалликлар, простатит, сийдик тош касаллиги, пиелонефрит, камқонлик, ҳавфли ўсма патологиялари каби касалликлар устунликка эга.

Шундай қилиб, Фарғона водийси (Андижон шаҳрида) эркаклар аҳолиси орасида простата безининг хавфсиз гиперплазиясини юзага келишидаги хавфни баҳолаш учун этиологик омилларнинг таҳлилида нафақат мазкур касаллик, балки умумий сийдик ажратиш тизим касалликларини олдини олишга имкон берувчи профилактик тавсияларни ишлаб чиқишда кам бўлмаган аҳамиятга эга бўлувчи маълум қонуниятларни аниқлади.

Хулосалар.

1. Текширилган эркак популяцияси орасида простата безининг хавфсиз гиперплазияси 844 (42,7%) кишида қайд этилиб, патологиянинг энг паст кўрсаткичи 30-39 ёш гуруҳида (1,1%), энг юқори кўрсаткич эса 50-59 ёшдаги эркаклар учун хослиги (28,4%) аниқланди.
2. Патология оилали ва турмуш ўртоғи вафот этганлар орасида кўп учраши аниқланди. Шу билан бир қаторда оилавий аҳолидан қатъий назар ёш катталашган сари простата безининг гиперплазияси учраш частотаси ортиши кузатилди: уйланганлар орасида - 24,8 мартага, ажрашганлар орасида - 5,2 мартага, турмуш ўртоғи вафот этганлар орасида - 37,9 мартага.
3. Простата безининг гиперплазияси ривожланишида асосий хавф омилларини баҳолаш натижалари 77,1% респондентлар тамаки чекишини, 87,8% респондентлар спиртли ичимликлар истеъмол қилишини, 82,5% респондентлар дори воситаларини тез- тез қабул қилишини ёки жуда кўп қабул қилишини кўрсатди.
4. Респондентларнинг 60,2 фоизида овқатланишида бузилишлар, 52,7 фоиз ҳолатларда сабзавот ва ҳўл мевалар кам истеъмол қилинганини, шунингдек 59,1 фоиз текширилганлар тузни кўп истеъмол қилингани аниқланди.
5. Профилактик чора-тадбирлар ишлаб чиқишда тиббий-биологик ва ижтимоий-гигиеник омилларнинг аҳамиятини инобатга олиш ва “бошқариладаган” хавф омилларининг таъсирини пасайтириш тавсия этилади.

Адабиётлар.

1. Горилковский Л.М., Зингеренко М.Б. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы // Лечащий врач. - 2003. - №7. - <https://www.lvrach.ru/2003/07/4530505>.
2. Вошула В.И., Пранович А.А., Щавелева М.В. Эпидемиологические аспекты заболеваемости доброкачественной гиперплазией предстательной железы в Республике Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.-2010.-№1.-С.42-47.
3. Каприн А.Д., Аполихин О.И., Сивков А.В. и др. Анализ уронефрологической заболеваемости и смертности в Российской Федерации за период 2002-2014 гг. по данным официальной

- статистики // Экспериментальная и клиническая урология. - 2011. - №3. - С. 4-16.
4. Корнеев И.А. Российский опыт применения суппозитория Витапрост форте у больных с симптомами нижних мочевых путей и доброкачественной гиперплазией предстательной железы: сравнительный анализ исследований // Урология. - 2017. - №3. - С. 140.
 5. Конопля А.И., Шестаков С.Г. Аденома предстательной железы, осложненная хроническим простатитом: Монография для врачей, студентов высших учебных заведений и курсантов-урологов. — Курск, 2006. - 219 с.
 6. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Симптомы нижних мочевыводящих путей и доброкачественная гиперплазия предстательной железы // Урология. - 2006. - №3. - С. 4-18.
 7. Санников П.Г., Кузнецов П.Б., Стяжкина С.Н. и др. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Описание клинического случая // Европейский журнал биомедицины и наук о жизни. - 2015. - №2. - С. 40 - 45
 8. Севрюков Ф.А., Камаев И.А., Гриб М.Н. и др. Факторы риска и качество жизни больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - Санкт-Петербург, 2011. - Том 19. - №3. - С. 48-52.
 9. Andersson K.E., Chappie C.R., Hofner K. Future drugs for the treatment of benign prostatic hyperplasia // World J. Urol. - 2002. - Vol. 19. - №6. - P. 436-442.
 10. Carnevale F. C., Antunes A. A., da Motta Leal Filho J. M. et al. Prostatic artery embolization as a primary treatment for benign prostatic hyperplasia: preliminary results in two patients // CardioVascular and Interventional Radiology. - 2010. - Vol. 33. - №2. - P. 355–361.
 11. Verhamme K.M. et al. Treatment strategies, patterns of drug use and treatment discontinuation in men with LUTS suggestive of benign prostatic hyperplasia: the Triumph project // Eur. Urol. - 2003. - Vol. 44. - №5. - P. 539-545.
 12. Miller D.C., Saigal C.S., Litwin M.S. The demographic burden of urologic diseases in America // Urol. Clin. North. Am.- 2009.-Vol.36.-N1.-P.11-27.

Ҳожи Улуғович Улуғовнинг хотирасига бағишланади



Дунёда шундай одамлар борки, бутун умрини ватан равнақи, юрт тинчлиги ва халқ фаровонлигига бахшида этади. Ана шундай фидойи инсонлардан бири Ҳожи Улуғович Улуғовдир.

1933 йил 4 апрел куни Самарқанд шаҳар Регистон даҳасида темирчи оиласида таваллуд топган.

Ҳ.У.Улуғовнинг болалиги, ёшлиги Иккинчи жаҳон уруши ва урушдан кейинги оғир тикланиш даврига тўғри келади. У дарслардан кейин Самарқанд шаҳрида темирчи уста сифатида элга танилган отасига ёрдам бериб, укаларига қарашиб, кечалари билан ишлар ва ўқир эди.

1952 йили у ўрта мактабни битириб Самарқанд давлат тиббиёт институтининг даволаш факультетига ўқишга киради. Билимга чанқоқлиги, тиришқоқлиги, дарсларни аъло ўзлаштириш ва намунали хулқи билан талабалар ўртасида алоҳида ажралиб турарди. Бу қобилиятини сезган институт домлалари профессор

Ф.М.Голуб, доцентлар М.Қ. Қораев, Н.М.Бабкиналар ўз паноҳига оладилар.

1958 йили институтни муваффақиятли тугатган Ҳожи Улуғовични умр йўлдоши Саида Шокировна Умарова билан биргаликда мамлакатимизнинг чекка ҳудуди Сурхондарё вилояти Денав туманига ишга юборадилар. Малакали тиббий кадрлар етишмай, анча қийинчиликларни бошдан кечираётган Денов туман марказий касалхонаси жамоаси уни хушнуд кутиб олиб, зиммасига дарҳол жарроҳлик бўлимининг ташвишларини юклаб қўйди. Қисқа вақтда жамоанинг ва туман аҳолисининг ҳурматини қозонди.

Ҳожи Улуғов 1960 йили Самарқандга қайтиб келди. У Иштихон тумани Митан кўрғони касалхонасига бош врач лавозимига тайинланди. Раҳбар, ташкилотчи, мутахассис сифатида туманда даволаш, санитария – профилактик тадбирларни ташкил қилиш анча қийин кечди. Тиббиёт соҳасида маҳаллий кадрлар етишмас, туманда болалар ўртасида бўғма, қизамиқ, кўк йўтал, трахома ва бошқа юқумли касалликлар кенг тарқалган, болалар ва оналар ўлими юқори эди.

Ўша йиллари Ҳожи Улуғов ўзи жарроҳ, травматолог, ЛОР врачлари, санитария врачлари ва эпидемиолог сифатида жонбозлик кўрсатиб ишлади. Унинг сайъ-ҳаракатлари билан янги фельдшер акушерлик пунктлари очилди, эмлаш ишлари йўлга қўйилди, аҳоли ўртасида санитария-маориф ишлари жонланди. Юқумли касалликлар, болалар ўртасидаги ўлим сезиларли даражада камайди.

1964 йили Оқдарё тумани ташкил қилиниб, Ҳожи Улуғов туман бирлашган касалхонаси бош врачлари вазифасига тайинланди. Тажрибали раҳбар ишни биринчи навбатда, мутахассис кадрлар билан таъминлашдан, даволаш, санитария-профилактика ишларини давр талаби даражасига қўйишдан бошлади. Тумандаги 150 ўринли шифохона кейинчалик 300 ўринли йирик марказий шифохонага айлантирилди. 1972-1977 йилларда туманнинг Даҳбед кўрғонида 75 ўринли қишлоқ участка шифохоналари очилиши, туман марказий шифохонасида 60 ўринли жарроҳлик ва туғруқхона бўлимлари ишга туширилишида, 5000 порция сут тайёрлайдиган ошхона очилиши, 2 қаватли дорихона ишга тушурилиши ва уларни замонавий асбоб-ускуна ва тиббий анжомлар билан жиҳозлашда, албатта Ҳожи Улуғовнинг салмоқли ҳиссаси бор.

Хайрли ишлар зое кетмади. Оқдарё тумани 1977 йили соғлиқни сақлаш тизимида ҳамма кўрсаткичлар бўйича вилоятда биринчи ўринни эгаллади. Республика туманлари ичида эса ўз вақтида малакали тиббий хизмат кўрсатиш бўйича пешқадам бўлди.

1978 йил баҳорида Республика ва вилоят раҳбарияти Ҳожи Улуғовга катта ишонч билдириб Самарқанд тиббиёт институтининг 2-сон клиникасига бош врач этиб тайинлашди. Самарқандга келиб, бўлажак клиниканинг қурилишини кўриб бир оз чўчиди ҳам. Унинг ёдига шарқ оламининг буюк донишманди Лукмони Ҳакимнинг “Барча юкни кўтардим, аммо бурчдан оғирроқ юкни кўрмадим” деган доно сўзлари тушди. Бош врач маъсулияти катта, оғир. 10 гектарли майдонда

катта қурилиш ишлари кетаётир.

Катта тажрибали раҳбар тезда ишга тушиб кетди. Баҳорда 4 гектарли тошлоқ ерга сув чиқариб, боғ-роғга айлантиришдан бошлади. Чунки клиника ишга тушгунга қадар дарахтлар ўз соясини беришини билган ҳолда боғбон, қурувчи, меъмор бўлиб ишлашга тўғри келди. Ҳар хил мевали ва манзарали дарахт кўчатлари ўтказилди ва ҳар хил гул кўчатлари экилди.

1979 йил май ойида Сам ТИ 2-сон клиникасининг 360 ўринли 1-навбати, 1982 йил 360 ўринли иккинчи навбати тўлиқ ишга туширилди.

Ҳожи Улуғов клиникада вилоятда биринчи бўлиб “Сунъий буйрак” маркази, чақалоқ болалар реанимацияси бўлимини очди. Клиникани замонавий тиббий асбоб-ускуналар билан таъминлашга алоҳида эътибор берди. Ультратовуш ёрдамида текшириш аппарати, фонокардиография, эхокардиоскоп, лазер нури билан даволаш учун аппаратлар олиниб ишга туширилди.

Ҳожи Улуғов моҳир ташкилотчи, билимдон, малакали мутахассис бўлиши билан бирга ёшларга меҳрибон устоз. У кишининг маслаҳати ва бевосита кўмаги билан 4 та фан доктори, 22 та фан номзодлари етишиб чиқдилар.

Ҳожи Улуғовичнинг ҳалқимиз Соғлиғини сақлаш борасидаги бениҳоят хизматлари муносиб тақдирланган. 1992 йил Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармони билан “Ўзбекистон Республикасида хизмат кўрсатган соғлиқни сақлаш ходими” фахрий унвони берилди.

Ҳожи Улуғовичнинг тиббиёт соҳасидаги улкан хизматлари, айниқса Сам МИ 2-клиникаси биносини қуриб фойдаланишга топширишдаги жонбозлигига Самарқанд ҳалқи муносиб баҳо берди. Ҳали-ҳануз аҳоли ушбу шифо масканини “Улуғов больнисаси” деб атайдди.

Ҳожи Улуғов рафикаси Умарова Саида Шокировна билан биргалиқда бахтли ҳаёт кечириб, тўрт фарзандни ўстириб улғайтиришди. Қизлари Лола ва Гулнора шифокор, Раъно ва Эркин ҳуқуқшунос бўлиб етишишди.

Ўзбекистон врачлар ассоциацияси