



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ИННОВАЦИОННОГО
РАЗВИТИЯ



ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

«Актуальные проблемы диагностики и лечения внутренних болезней»

материалы международной научно-практической
конференции



Фергана, 18 мая 2022 г

Организационный комитет:

<i>Сидиков Акмал Абдукахарович</i>	Ректор Ферганского медицинского института общественного здоровья, д.м.н., профессор /Фергана, Узбекистан
<i>Ашурова Муккадас Джаладиновна</i>	Проректор по учебной работе Ферганского медицинского института общественного здоровья, PhD, / Фергана, Узбекистан
<i>Кадирова Мунира Расуловна</i>	Проректор по научной работе Ферганского медицинского института общественного здоровья, Dsc, доцент / Фергана, Узбекистан
<i>Ахмадалиев Рустам Умаралиевич</i>	Начальник отдела науки, инноваций и научно- педагогической подготовки Ферганского медицинского института общественного здоровья, к.м.н. / Фергана, Узбекистан
<i>Каттаханова Рабия Юлдашевна</i>	Заведующая кафедрой «Пропедевтика внутренних болезней» Ферганского медицинского института общественного здоровья, к.м.н. / Фергана, Узбекистан
<i>Содилов Умарали Турсунбаевич</i>	Заведующий кафедрой «Внутренних болезней №1» Ферганского медицинского института общественного здоровья, к.м.н./ Фергана, Узбекистан
<i>Содикходжаев Сардор</i>	Заведующий кафедрой «Внутренних болезней №2» Ферганского медицинского института общественного здоровья / Фергана, Узбекистан
<i>Мурадимов Альфия Рашидовна</i>	Старший научный сотрудник кафедры «Внутренних болезней № 2» Ферганского медицинского института общественного здоровья, PhD / Фергана, Узбекистан

ГУАМ-ТИП БАС: ОБЗОР И НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Абдукадирова Д. Т., Акбарова С.Б., Рахимбаева Г. С.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Болезнь Гуам (боковой амиотрофический склероз (БАС) — паркинсонизм — деменция; комплекс Гуам) — редкая эндемическая патология, в основе которой лежит прогрессирующая генерализованная дегенерация нейронов центральной нервной системы [1, 4, 7, 13]. Впервые описана D.R. Koerner в 1952 г. у коренных жителей чаморро на острове Гуам в Марианском архипелаге, расположенном в восточной части Тихоокеанского бассейна (рис. 1). Автором впервые обращено внимание на необычное сочетание неврологических синдромов, частота которых в 50–100 раз превышала распространенность бокового амиотрофического склероза в других странах мира, который нередко носил семейный характер [10]. Позднее эта патология описана в этом же регионе на полуострове Кии в Японии и в западной части Новой Гвинеи [9, 11]. Заболевание чаще встречается у мужчин (соотношение муж:жен — 1,7:1) в широком возрастном диапазоне — от 30 и свыше 70 лет [12]. Максимальная частота приходится на возраст 55–64 года. Болезнь чаще имеет быстрый и фатальный характер. В качестве спорадических случаев БАС и фронтотемпоральной деменции описана в других странах мира [3, 6, 8]. Патогенез болезни Гуам связан с формированием многочисленных нейрофибриллярных включений, преобладающих в коре, базальных ганглиях, гиппокампе, миндалевидном теле, спинном мозге, которые приводят к дегенерации соответствующих нейронов.

Сочетание бокового амиотрофического склероза (БАС) с синдромом паркинсонизма и деменцией описано как Гуам-тип БАС, при котором до 70% пациентов имеют положительный семейный анамнез.

Комбинация паркинсонизма с другими неврологическими расстройствами, такими как вегетативная недостаточность, деменция, мозжечковая атаксия, зрительные нарушения, пирамидный синдром, характерна для некоторых нейродегенеративных заболеваний, например для мультисистемной атрофии, деменции с тельцами Леви, прогрессирующего надъядерного паралича, корковобазальной дегенерации. Данные заболевания часто встречаются в практике невролога, имеют подробное описание и четкие диагностические критерии.

Изолированное сочетание паркинсонизма и БАС (без других неврологических расстройств) наблюдается крайне редко и носит название болезни Брайта–Фана–Шварца в честь ученых, впервые сообщивших о данном перекрестном синдроме.

В литературе описания случаев семейного нейродегенеративного заболевания с паркинсонизмом и БАС нами не обнаружено. В настоящей статье представлено собственное наблюдение авторов трёх sibсов, у одного из которых имелся паркинсонизм с синдромом БАС, а у двух других – болезнь Паркинсона.

Ключевые слова: паркинсонизм; болезнь Паркинсона; Гуам-тип бокового амиотрофического склероза; электромиография; транскраниальная магнитная стимуляция; болезнь Брайта–Фана–Шварца.

Боковой амиотрофический склероз (БАС) – это нейродегенеративное заболевание, сопровождающееся гибелью центральных и периферических мотонейронов, неуклонным прогрессированием и летальным исходом. В последнее время отмечены тенденции к росту заболеваемости БАС во всех возрастных группах и в первую очередь среди лиц зрелого и трудоспособного возраста с высоким профессиональным и интеллектуальным потенциалом.

В настоящее время считается, что БАС – это мультифакторное и мультисистемное заболевание, которое связано с генетической предрасположенностью и провоцируется факторами внешней среды [7]. Показано, что в патогенезе БАС участвуют много взаимодействующих факторов. Это генетические факторы, оксидантный стресс, глутаматная эксайтотоксичность, поражение таких важных внутриклеточных органелл, как митохондрии, белковые агрегаты, поражение цитоскелета и компонентов системы аксонального транспорта. Эти механизмы необязательно действуют сами по себе, они взаимосвязаны и приводят к нарушению гомеостаза кальция, что является центральным звеном. С недавнего времени повышенное внимание уделяется роли глиальных клеток [3], которые в норме окружают мотонейроны в ЦНС, а также роли нарушения реакции на гипоксию в патогенезе БДН. Несомненно, важная информация о патогенезе БДН получена из исследований генетических подтипов БДН, особенно ассоциированных с мутациями в гене СОД-1. Инфекционная и аутоиммунная гипотезы происхождения БДН на настоящий момент не рассматриваются. Поиск возможной причины гибели двигательных нейронов и построение гипотез патогенеза этого заболевания продолжают.

В настоящее время ставится под сомнение селективность поражения мотонейронов при БАС. Существуют работы, подтверждающие мультисистемный характер БДН: при данном заболевании поражаются не только мотонейроны, но и другие структуры головного мозга [3], кожа [7]. Очень интересным представляется факт сочетания БАС с дементными расстройствами. В типичных случаях БАС клинически очерченной деменции не наблюдается. Но, по данным разных исследователей, в 5-20% случаев БАС сочетается с

фронтотемпоральной деменцией (ФТД) [4]. В свою очередь ФТД в 10% сопровождается развитием клиники генерализованного поражения мотонейронов [2].

ФТД – заболевание, характеризующееся прогрессирующей дегенерацией нейронов лобной и передних отделов височных долей, клинически проявляющееся ранними поведенческими расстройствами, обеднением речи вплоть до афазии, при практически сохранной памяти. Впервые связь между БАС и ФТД была отмечена в конце XIX в., и впоследствии многими исследователями описывались нарушения лобных функций и при семейных, и при спорадических случаях БАС [4,5]. При этом отмечалось, что деменция может как предшествовать развитию клиники БАС, так и присоединяться позднее. Недавно были выявлены локусы хромосом, ответственные за развитие особой формы нейродегенераций, сочетающей БАС и ФТД [1].

Современную диагностику осложняет наличие атипичных форм, сочетание с различными неврологическими нозологиями и синдромами. Одним из вариантов атипичного течения бокового амиотрофического склероза является сочетание с паркинсонизмом и деменцией (болезнь Гуам), эндемичная форма. Сейчас всё чаще встречается форма заболевания с паркинсонизмом без когнитивных нарушений. Паркинсонизм может быть как левадопа чувствительным, так и резистентным к лечению. В последние годы сообщается о случаях изолированного сочетания БАС с левадопа чувствительным паркинсонизмом, что получило название болезни Брайта-Фана-Шварца.

Целью настоящего исследования явилась оценка когнитивных функций пациентов с БАС. Нами обследовано 20 пациентов (11 мужчин и 9 женщин) с достоверным и вероятным БАС (согласно Эль-Эскориальским диагностическим критериям, 1998). Возраст больных колебался от 38 до 67 лет, средний возраст составил $51,25 \pm 1,75$ лет. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 2 лет. Два пациента страдали артериальной гипертензией, ни у одного не было в анамнезе цереброваскулярной патологии (в том числе ишемического инсульта), сахарного диабета, ни один из пациентов не принимал психотропных препаратов. Контрольную группу составили 13 добровольцев (6 мужчин и 7 женщин), не имеющих в анамнезе неврологических или психиатрических заболеваний, средний возраст в группе составил $48,36 \pm 1,84$ лет. Для оценки нейропсихологического статуса использовались следующие методики: краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС) для исключения клинически явной деменции, батарея лобных тестов (концептуализация, динамический праксис, простая реакция выбора, усложненная реакция выбора, исследование хватательных рефлексов) [1], тест вербальных ассоциаций (литеральных и категориальных) для оценки беглости речи, тест 5 слов для оценки функции памяти. Пациенты с нарушением речи (бульбарным,

псевдобульбарным синдромами) не исключались из исследования, т.к. при оценке беглости речи выполнялся также письменный вариант теста вербальных ассоциаций. Статистическая обработка проводилась на компьютере с использованием статистического пакета Statgraph. Оценивалась достоверность различий средних показателей между группами по критерию Стьюдента, непараметрические показатели – по критерию χ^2 . Различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Из 20 обследованных пациентов с БАС у 1 пациентки была выявлена деменция и паркинсонизм, которая в соответствии с диагностическими критериями Neary (1998) могла быть расценена как лобно-височная деменция или же болезнь Брайта-Фана-Шварца. Диагноз БАС у данной пациентки носил достоверный характер. При динамическом наблюдении в течение 1,5 лет было отмечено, что оба типа нейродегенеративных расстройств, сочетавшихся у одной пациентки, развивались параллельно, но тяжесть состояния на начальных стадиях болезни обуславливалась изменениями со стороны когнитивной сферы. Данное наблюдение позволило нам остановиться на диагнозе «БАС-деменция». У остальных пациентов, по данным КШОПС и батареи лобных тестов, когнитивные изменения не достигали уровня деменции.

При выполнении тестов литеральных и категориальных вербальных ассоциаций (устных и письменных) выявлено достоверное уменьшение количества называемых/записываемых слов по сравнению с группой контроля. Также в основной группе выявлено достоверное уменьшение суммы баллов по результатам батареи лобных тестов. В то же время при статистической обработке данных, полученных при проведении теста 5 слов, статистически достоверной разницы между группами не установлено.

В нашем исследовании подтверждено предположение, что у больных БАС без клинически очерченной деменции имеет место избирательное нарушение когнитивных функций, в частности страдает беглость речи. Очевидно, что пациенты, страдающие БАС, требуют более глубокого нейропсихологического обследования. Такие тяжелые симптомы как выраженные двигательные нарушения, дисфагия, дизартрия маскируют и делают менее значимым когнитивный дефицит или даже дементные расстройства пациента. Однако само наличие изменений нейропсихологического статуса требует дополнительных рекомендаций лицам, осуществляющим уход за больным и в некоторых случаях коррекции терапии.

Как отмечалось многими исследователями, профиль изменений нейропсихологического статуса пациентов с БАС схож с таковым при ФТД, что также указывает на связь этих дегенеративных заболеваний [1, 4]. До настоящего времени остается неясным, являются ли когнитивные нарушения при БАС ранней стадией патологического комплекса БАС-

деменция, либо такой комплекс представляет собой отдельную нозологическую форму. Но частое сочетание этих состояний позволяет предположить общность их этиологии, что открывает новые возможности для исследований на клиническом, морфологическом, генетическом уровнях и поиска новых путей терапии.

Крайне редкие случаи и отсутствие морфологических данных не позволяют расценивать ее как самостоятельную форму. Но в международной клинической практике применяется термин «болезнь Брайта–Фана–Шварца», который можно считать приемлемым, так как представленные в литературе описания этого заболевания имеют характерную клиническую картину. Кроме того, у этих пациентов отмечался леводопаминергический вариант болезни, что отличает ее от БАС-плюс с экстрапирамидными симптомами. Такого же мнения придерживаются А.М. Erol [3] и С. Manno и соавт. [4], предположившие, что комплекс болезни Паркинсона и БАС – это самостоятельная нозология, которую следует отделять от экстрапирамидных признаков и симптомов, характерных для БАС. В 1996 и 2006 гг. на полуострове Кии японские ученые обследовали 37 пациентов с БАС в сочетании с комплексом паркинсонизм – деменция.. При этом они разделили больных по клиническим признакам на пять групп: 1) классический БАС; 2) БАС с деменцией; 3) комплекс паркинсонизм – деменция с преобладанием симптомов паркинсонизма; 4) комплекс паркинсонизм – деменция с преобладанием деменции; 5) комплекс паркинсонизм – деменция с симптомами БАС. Как видно, больных с БАС-паркинсонизмом без деменции в этом исследовании не было [5]. Данные исследования также могут указывать на болезнь Брайта–Фана–Шварца как на самостоятельное заболевание с несколько иными механизмами патогенеза, которые не ведут к развитию деменции.

Вероятность сочетания у пациентки М. болезни Паркинсона и БАС как двух самостоятельных нейродегенеративных заболеваний представляется сомнительной, так как и у нее, и у ее младшей сестры наблюдалась типичная картина леводопаминергического паркинсонизма, а у пациентки М. имелись умеренные клинические симптомы БАС без выраженного прогрессивного течения. В литературе описаны случаи различных нейродегенеративных заболеваний в одной семье [6]. Но в представленном нами случае у старшей сестры превалирование симптомов паркинсонизма над признаками мотонейронального поражения снижает вероятность коморбидного состояния. Это позволяет предположить, что сестры страдают одним нейродегенеративным заболеванием, несмотря на различие в клинической картине. Возможно, в будущем у младшей сестры разовьются признаки поражения мотонейронов. При диагностике в обоих случаях мы учитывали критерии Банка головного мозга Общества болезни Паркинсона

Великобритании [7] и Эль-Эскориальские критерии достоверности БАС [5]. В пользу наследственного фактора в описанном нами случае, кроме кровного родства женщин, свидетельствует и упоминание о бабушке, которая страдала заболеванием ног и передвигалась на инвалидной коляске. R.M. Wolf Gilbert и соавт. [7] среди 7 зафиксированных случаев БАС-паркинсонизма описали один семейный случай как болезнь Брайта–Фана–Шварца. Средний возраст пациентов в этой группе составил 65 лет. В нашем наблюдении возраст начала болезни равнялся 62 и 56 годам. S. Kuzuhara предположил, что позднее возникновение наследственного БАС с комплексом паркинсонизм – деменция можно объяснить воздействием некоторых неизвестных факторов окружающей среды, модулирующих процесс генетически запрограммированного заболевания, а различие в клинической картине – фенотипически разными проявлениями [1]. Возможно, эти предположения применимы и к нашему клиническому наблюдению. Можем ли мы рассматривать описанный нами семейный случай в рамках Гуам-типа БАС (БАС с комплексом паркинсонизм – деменция), обнаруженного в эндемичных очагах Восточно-Тихоокеанского региона в начале 1960-х гг. (Марианские острова, полуостров Кии, Новая Гвинея).

Больше всего случаев БАС с комплексом паркинсонизм – деменция наблюдали на западе Новой Гвинеи, где заболеваемость была особенно высока и составляла 147 случаев на 100 тыс. населения. В последующие 40 лет заболеваемость БАС в Восточно-Тихоокеанском регионе снизилась в 5–10 раз [2]. С.С. Plato и соавт. [13], проводившие исследование этой болезни на острове Гуам в течение 60 лет (до 1999 г.), считали, что резкое снижение заболеваемости связано не с генетическими факторами, а скорее со стремительной вестернизацией Гуама. Надо отметить, что среди заболевших и в других эндемичных очагах Восточно-Тихоокеанского региона не было случаев БАС с синдромом паркинсонизма без деменции. Учитывая локальность заболевания с резким ее спадом в эндемичных очагах, все-таки невозможно исключить влияние факторов окружающей среды, которые должны были вызвать высокую заболеваемость с похожими симптомами в регионе проживания обеих женщин. о в этом регионе подобных случаев не обнаружено. Отсутствие случаев Гуам-типа БАС без деменции в эндемичных очагах также не позволяет отнести данное нейродегенеративное заболевание к Гуам-типу БАС. Однако мы не исключаем возможности развития деменции у наших пациенток в будущем, как и появления синдрома БАС у младшей сестры.

Заключение. Таким образом, из-за некоторых различий в клинической картине у сибсов мы не можем утверждать, что описанный нами семейный случай можно отнести к болезни Брайта–Фана–Шварца, но схожесть основных симптомов и развитие

паркинсонизма и БАС внутри одной семьи указывают на единство механизмов патологического процесса. Следующим этапом наших исследований станет проведение генетического исследования (полногеномного секвенирования) для выявления возможных причинных мутаций.

Литература

1. Завалишин И.А., Захарова М.Н. Боковой амиотрофический склероз// Неврол. журн.1998, №4.
2. Левицкий Г.Н. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.
3. Шоу П. Новые данные о молекулярных механизмах повреждения двигательного нейрона// Боковой амиотрофический склероз. Сборник докладов. М., 2005. – с. 10-15.
4. Грибова Н. П., Моткова И. В. Современные теории патогенеза бокового амиотрофического склероза, перспективные направления. Неврология и психиатрия. 2018 ст 34-40
5. Barson FP., Kinsella GJ et al. A neuropsychological investigation of dementia in motor neuron disease.// J Neurol Sci 2000; 180: 107-113.
6. Casselli RJ, Windenbank AJ, Petersen RC, et al. Rapidly progressive aphasic dementia and motor neuron disease. Ann Neurol 1993; 33:200-207.
7. Felmus MT., Patten BM., Swanke L. Antecedent events in amyotrophic lateral sclerosis.// Neurology 1976; 26: 167-172.

MIS ISHLAB CHIQARISH KORXONALARI ISHCHILARNING KASALLANISHLAR STRUKTURASI VA DARAJASIGA YOSH HAMDA ISH STAJINING TA'SIRI

Abdurahimov B.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

Jahonda xar yili noqulay mehnat sharoiti tufayli yillik yo'qotishlar 400 milliard dollardan ortiq deb baholanmoqda. Zararli ishlab chiqarish omillari nafaqat kasb kasalliklarining shakllanishiga olib kelishi, balki umumiy patogenetik kasalliklarning oshib ketishiga olib kelmoqda. Pensiya yoshidan 1,5 yil oldin ish salohiyatini yoqotgan erkaklar tufayli sog'liqni saqlash resurslarining yo'qotilishi YaIMning yiliga 10-12 % ga kamayishiga olib kelgan.

Tog' kon metallurgiya sanoati xodimlarining mehnat sharoitlari bir qator zararli va xavfli ishlab chiqarish omillari orasida asosan yuqori darajadagi chang, fibrogen tasirga ega aerozollar, kuchli shovqin, tebranish va noqulay mikroiklim, mehnatning og'irligi bilan tavsiflanadi, ularning darajalari gigienik meyorlardan sezilarli darajada oshadi. Shuni ham e'tiborga olish

kerakki, ishchilarning salomatlik holatiga nafaqat zararli va xavfli ishlab chiqarish omillar, balki ularning turmush tarzi va sharoiti, ishchilarning yoshi va ish stajini hisobga olish, zararli odatlari (tamaki chekish, spirtli ichimliklar iste'mol qilish) va boshqalar xam tasir ko'rsatadi

Tadqiqotning maqsadi. Mis boyitish fabrikasi (MBF) va Mis eritish zavodi (MEZ) ishchilarining salomatlik holati, kasalliklar rivojlanishiga yosh va ish stajining ta'sirining o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish.

Material va usullar. Biz mis boyitish fabrikasi (MBF) va mis eritish zavodi (MEZ) da ishlaydigan 1761 nafar ishchilarning davriy tibbiy ko'rikdan o'tkazish ma'lumotlari, ambulatoriya kartalari va ishchilarning kasallik varaqalari asosida ularning kasallanishlarini o'rganildi (2015-2020 yillar). Olingan natijalarni qayta ishlash va ishonchligini baholashda Microsoft Excel 2010, SPSS statistics 25, t-Styudent, nisbiy xavf (NX), korrelyatsiya koeffitsienti (r) Pirson usulidan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari. Mis boyitish va mis eritish zavodlarining 1761 nafar ishchilari o'rganildi. Ularning 80,2 % erkak va 19,8 % ayollar tashkil etdi, o'rtacha yoshi $38,58 \pm 0,28$ yil va o'rtacha umumiy ish staji $13,19 \pm 0,2$ yil. Ishchilarining yosh bo'yicha salomatlik indeksi(%) o'rganilganda 20-29 yoshda $19,5 \pm 1,74$, 30-39 yoshda $15,8 \pm 1,72$, 40-49 yoshda $12,2 \pm 1,6$, 50-59 yoshda $11,9 \pm 1,84$, $60 <$ yoshda $7,5 \pm 3,2$ ekanligi aniqlandi. Ko'rinib turibdiki, eng katta guruhni 51-60 yoshdagilar tashkil etdi. Ishchilarining ish staji bo'yicha salomatlik indeksi(%) o'rganilganda >6 yilgacha $19,5 \pm 1,74$ ni, 6-10 yilda $16,3 \pm 1,5$ ni, 11-15 yilda $14,5 \pm 1,3$ ni, 16-20 yilda $9,1 \pm 0,8$ ni, 21-25 yilda $7,8 \pm 0,7$ ni, $26 <$ yilda $7,3 \pm 0,6$ ni tashkil etdi. Ishchilarning 100 tasiga to'g'ri keladigan mehnatga yaroqsizlik xollar soni 218,1; vaqtincha mehnatga yaroqsizlik kunlari 2081,1; 1 ta mehnatga yaroqsizlik holining o'rtacha muddati 9,5 kunni tashkil qildi. Kasallanish strukturasini va darajasini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, barcha ishchilarning (74,1%) va vaqtincha mehnatga yaroqsizlik xollar, kunlari 5 kasallik sinflariga to'g'ri keladi: Nafas a'zolari kasalliklari, nerv tizimi kasalliklari, Hazm azolari kasalliklari, Qon aylanish tizimi va suyak-mushak tizimi va biriktiruvchi to'qima kasalliklaridir. Bizning tekshirishlarimiz natijasida aniqlanishicha, 6 yildan kam tajribaga ega bo'lgan ishchilarning 20% ko'prog'ida surunkali kasalliklar mavjud emas. 6-10 va 11-15 yil ish stajiga ega bo'lgan guruhlariga qaraganda ancha pastligi aniqlandi. 100 ta ishchiga aniqlangan kasalliklar soni 2,57 martaga ortishi kuzatildi ammo amalda sog'lom shaxslar 2,67 martaga kamayishi kuzatildi ($p = 0,05$). Ish stajining oshishi bilan nerv tizimi kasalliklari va qon aylanish tizimi kasalliklari oshadi. Tayanch-harakat va genitouriya tizimi kasalliklari, nafas olish va ovqat hazm qilish a'zolari, endokrin kasalliklarning daraja holati sezilarli darajada o'zgarmadi.

Xulosa. Yosh va ish stajdagi o'zgarishlarni hisobga olgan holda salomatlik holatini o'rganish ishchilarda tashqi sabablar tasirining jaroxatlari, zaxarlanishlar va ayrim boshqa

oqibatlari nerv tizimi va qon aylanish tizimi, suyak-mushak tizimi va qo'shuvchi to'qima kasalliklari xavfi ortib borayotganini ko'rsatdi. Shu bilan birga, ko'z va uning qo'shimcha apparati kasalliklari, nafas azolari kasalliklari, hazm azolari kasalliklari, teri va teri osti klechatkasi kasalliklari, bazi infeksiyon va parazitarni kasalliklarining ahamiyati yoshi va ish stajining oshishi bilan kamayadi. Turli xil sinf kasalliklarining rivojlanish xavfini aniqlashda yosh va ish staji davrlari belgilanishi eng samarali profilaktika chora tadbirlardan biri hisoblanadi.

ВЛИЯНИЕ НОВОГО АНТИДИАБЕТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА НА СЕРДЕЧНУЮ И ДЫХАТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫС

Аллаева М.Ж., Ачилов Д.Д., Джанаев Г.Ю., Холматов Ж.А.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние нового антидиабетического препарата на сердечную сосудистую и дыхательную систему экспериментальных животных.

Материалы и методы исследования. Влияния нового препарата на артериальное давление и дыхание изучаем в условиях острого опыта на 4 кошках и 2 кроликах массой 2,5-3,5 кг обоего пола. Опыт проводили под уретановым наркозом. Уретан вводили внутривентральной в дозе 1-1,2 г/кг. Артериальное давление регистрировалось на ленте электрокардиографа из общей сонной артерии через системы полиэтиленовых трубок ртутном манометром Людвига. Система заполнялась 5% раствором лимоннокислого натрия, а в области артериальной канюли к раствору добавляли 0,015 мл раствором гепарина. Параллельно регистрировали дыхательные движения при помощи капсулы Маррея соединенной трахеей животного.

В следующей серии опытов изучали влияние фитопрепарата на биоэлектрические активности сердца. Для проведения опыта использованы 2 кролики, массой 2,8-3,3 кг и 8 крыс, массой 154,3-167,8 г, обоего пола. Изучаемого препарата вводили животным орально в дозах 5, 10 мл/кг. Электрокардиограммы опытных животных регистрировали до и после введения препарата.

Результаты исследования.

Полученные данные по изучению фитопрепарата на артериальное давление и на частоту дыхательных сокращений показали, что он в дозах 5 и 10 мл/кг незначительно снижал артериальное давление (на 5,2% и 6,4%) и кратковременно угашал частоту дыхательных сокращений (на 2,7%). При введении дозы 25 мл/кг более

выражено снижает кровяное давление (на 18,3%), которое продолжалось не более 23-35 мин. Действие фитопрепарата на артериальное давление было более выражено при высоком исходном давлении.

Анализ биологической активности сердца показал, что во всех случаях опытах животного получившие препарат в изученных дозах достоверных изменений частоты сердечных сокращений, интервалов не было, а амплитуды зубцов ЭКГ увеличивались на 5,6%; 8,5% и 14,6% от показателя нормы. Ритм во всех случаях был синусовый, сократительная способность миокарда предсердий (зубец Р) и желудочков (QRS) нормальная и изменений в проводящей системе не было.

Выводы.

Было экспериментально доказано, что изучаемый препарат в изученных дозах на биологическую активность сердца и на сокращении дыхательной системы отрицательного влияния не оказывает. Фитопрепарат при повышенном давлении кратковременно снижает артериальное давление.

NEW PHARMACOLOGICAL APPROACHES IN DYSLIPIDAEMIA

Atakhanova N.S., Yuldashev R.N.

Andijan State Medical institute, Uzbekistan

Annotation. Remarkable reductions in cardiovascular morbidity and mortality have been achieved in recent decades through the widespread use of ‘small-molecule’ hypolipidaemic drugs such as statins and ezetimibe. An alternative approach is to perturb the production of proteins through ribonucleic acid (RNA) silencing, leading to long-lasting knock-down of specific biological molecules. This review describes the scientific basis of RNA silencing, and critically evaluates the evidence relating to inclisiran, a small interfering RNA against proprotein convertase subtilisin kexin 9 (PCSK9).

Keywords: Inclisiran · LDL cholesterol · Dyslipidaemia · Atherosclerosis · siRNA

Introduction. Cardiovascular disease (CVD) prevention, and hypolipidaemic drugs, in particular, is a great successes story of modern medicine. Statins (which inhibit 3-hydroxy-3-methyl-glutaryl-coenzyme A (HMG-CoA) reductase, the rate-limiting step in the mevalonate pathway of hepatic cholesterol synthesis) are safe, well-tolerated, and reduce the risk of major cardiovascular events by about one quarter, for each mmol/l reduction in low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) [2]. Additional LDL-C lowering with ezetimibe (which blocks the intestinal NPC1-like intracellular cholesterol transporter 1, thereby reducing the absorption of dietary cholesterol) leads to a further reduction in cardiovascular risk [3]. However, a substantial

proportion of treated individuals do not reach their LDL-C treatment targets [4], and these targets may be too liberal. Where optimal levels of LDL-C cannot be met with current therapies, new approaches are needed, both in primary prevention [4] and especially in the secondary prevention of cardiovascular disease, where the likelihood of recurrent disease is very high [8]. Exciting advances have occurred in this field, including the recent development of bempedoic acid, an orally active prodrug, which is activated specifically in the liver to inhibit ATP citrate lyase (an enzyme upstream of HMG-CoA reductase in the mevalonate pathway of cholesterol synthesis) [4]. Nevertheless, the ‘small-molecule’ approach to drug development is largely limited to biological targets with an enzymatic active site or known regulatory domain, whereas antibody-based approaches and RNA silencing are not [9]. Small molecules often have ‘off-target’ interactions resulting in adverse effects. In the case of statin therapy, muscle pain is associated with ‘statin intolerance’ whereby patients cannot take the drug at all or cannot escalate the dose sufficiently to reach treatment targets [10]. Whilst it has been clearly demonstrated that the vast majority of statin-associated muscle pain is attributable to the nocebo or placebo effect (i.e. it results from the expectation of pain or misattribution rather than a pharmacological effect), long-term compliance with statin therapy remains a problem [9]. Furthermore, it is increasingly apparent that even optimal management of LDL-C does not eliminate the risk of CV events. This residual risk results in part from inflammation and is amenable to pharmacological interventions [7], thereby revealing new approaches to the management of atherosclerosis, although not all the newly recognized drug targets are easily amenable to specific small-molecule therapeutic agents. Finally, many small-molecule approaches have a ‘ceiling effect’, with biological redundancy or compensatory mechanisms limiting the maximum effect of the drug. For example, statin therapy results in upregulation of PCSK9 (the functions of which are described in greater detail below), limiting the extent of achievable LDL-C lowering [5]. This can be a particular problem in specific groups of patients, such as those with familial hypercholesterolaemia (FH), who require a profound lowering of LDL-C to avoid the development of atherosclerotic disease [9]. Alternative approaches to targeting molecules important in the pathophysiology of atherosclerosis include

monoclonal antibodies mAbs and RNA silencing techniques, which have the potential to overcome many of the limitations of ‘small-molecule’ approaches. Both approaches require injectable therapies and have the potential to result in longer lasting and more specific biological activities compared with orally active small molecules but differ in various respects. mAbs act predominantly by binding to extracellular proteins, whereas RNA-based therapies must enter cells to prevent the translation of mRNA. All examples of mAbs and RNA therapeutics used in humans to date require subcutaneous injections for administration and have the potential for

injection site reactions. The effectiveness of monoclonal antibodytherapies can be reduced by the development of autoantibodies, although such an effect has not yet been observed with

RNA-based drugs. mAbs are comparatively complex and expensive to produce in comparison to RNA-based drugs [9].

PCSK9 has emerged in recent years as an important target in the management of atherosclerosis and has been targeted by monoclonal antibody drugs (evolocumab and alirocumab) and inclisiran, leading to substantial reductions in LDL-C. LDL is cleared from plasma by binding with hepatic LDL receptors (LDL-R), causing the lipoprotein particles to be taken up into hepatocytes. PCSK9 is a key regulator of LDL-R. The binding of LDL-R to PCSK9 results in internalisation and degradation of the receptor, reducing the capacity of the hepatocytes to take up LDL particles from the circulation. Monoclonal antibody PCSK9 inhibitors (alirocumab and evolocumab) bind to PCSK9 and prevent its interaction with LDL-R, thereby increasing the density of LDL-R on the cell surface. This approach has been demonstrated to reduce cardiovascular events in large randomized controlled trials [9]. Inclisiran produces a long-lasting reduction in PCSK9 by silencing mRNA for PCSK9, thereby increasing LDL-R on the cell surface. Statins reduce cholesterol production by inhibition of HMG-CoA reductase, the rate-limiting step in the mevalonate pathway. The subsequent depletion of cholesterol in hepatocytes leads to an upregulation of LDL-R on the cell surface.

Inclisiran: Mechanism of Action. Inclisiran (previously designated as ALN-PCSSc, ALN-60212) is the first example of an approved synthetic small interfering RNA (siRNA) drug for treating FH [4]. The siRNA molecule inhibits the expression of PCSK9 by binding to the host mRNA strand encoding for the protein, causing it to cleave and degrade. This reduces the availability of the PCSK9 enzyme, which would otherwise block LDL receptors from initiating ingestion of LDL particles from the extracellular fluid. Inclisiran can therefore reduce blood concentration of LDL, with measurable clinical effects. RNA interference (RNAi), as the biological basis for a subcategory of gene therapy, is a highly precise approach to suppressing the expression of specific genes [5]. This pathway is a cellular mechanism for defending against the effects of foreign genetic material being introduced into an organism, for example, through infection with a virus. RNAi can be exploited pharmaceutically to target and suppress genes that have been associated with diseases, with the added benefit of greater personalisation of therapeutics through sequence specificity [6]. RNAi can be achieved by two types of small doublestranded RNA molecule, namely small interfering RNA (siRNA) and microRNA (miRNA), both of which suppress gene expression according to their specific sequence albeit in slightly different ways: miRNA mediates the repression of mRNA translation, whereas siRNA mediates mRNA degradation. These differences provide a range of therapeutic possibilities, with

the potential for one miRNA drug to target a number of different selected genes together, whereas an siRNA drug is able to target a single specific gene of interest. The focus of this review is on siRNA technology. Once in the cytoplasm of a hepatocyte, the doublestranded siRNA drug inclisiran is uncoiled into two single, short RNA strands, one of which acts as the guide strand whilst the other becomes the passenger, which has no further role to play and is degraded [7]. The inclisiran guide strand becomes bound to the RNA-induced silencing complex (RISC) and then pairs with the complementary mRNA strand for PCSK9. The RISC argonaute enzymes then cleave the PCSK9 mRNA sequence where it is bound to the corresponding inclisiran guide strand, effectively silencing the PCSK9 gene. With a reduced synthesis of the PCSK9 protein, LDL-C concentration in the blood plasma is reduced. Following mRNA cleavage, the inclisiran/RISC complex remains intact and retains its activity for further interference with gene expression of PCSK9, meaning that a single siRNA inclisiran molecule has some considerable long-term efficacy. Although only a small percentage of inclisiran administered becomes active in the hepatocytes, that which forms part of an inclisiran/RISC complex has a very long half-life allowing dosing in patients to be months apart [4]. As an alternative to double-stranded siRNA, RNA silencing can be achieved with single-stranded antisense oligonucleotides. These molecules are typically 15–30 nucleotides in length and bind to mRNA, and prevent its translation, or cause its degradation [7]. Whilst siRNA therapeutics has been in development for around 20 years [9] for a number of different diseases, until recently, siRNA drugs have suffered drawbacks in terms of chemical stability and drug delivery [1], which has prevented some promising candidates from becoming clinically useful. Simple, unmodified siRNA tends to be unstable, being susceptible to enzymatic degradation by RNases, and following injection, siRNA molecules are destroyed by endonucleases and exonucleases before they can reach the target cells [2]. Off-target effects are also possible since the RISC will allow a small number of sequence mismatches with the siRNA guide strand, meaning that unrelated genes with very similar sequences may also be silenced. Therefore, chemical modification and drug delivery methods have been developed in attempts to improve the overall acceptability of siRNA technology in the clinic. Drug delivery technology has generally been improved, partly to protect the otherwise naked siRNA drug and partly to overcome obstacles in the way of reaching the intended target. In an early siRNA drug known as ALN-PCS, which targeted the PCSK9 gene by encapsulating the drug within lipid nanoparticles, it was possible to increase the drug half-life and increase endocytosis into target cells [3]. RNA drugs are large molecules, when compared with typical small-molecule compounds, and also carry a negative electrical charge—both properties decrease the likelihood of entering the cell across the lipid bilayer. Therefore, lipid nanoparticle encapsulation helps to overcome these drawbacks and aids

intracellular delivery [4]. And because the liver is the primary filter for nanoparticles [5], it is possible to design novel siRNA drugs for dyslipidaemia that can target hepatocytes through this means [6]. Chemical conjugation is another method that has been employed to improve the stability and delivery of siRNAs. A covalently bound conjugate allows the siRNA drug to be targeted to specific tissues or cells by binding to a cell surface receptor, followed by entry through receptor-mediated endocytosis. Following on from ALN-PCS, an siRNA for PCSK9, known as ALN-PCSsc, was conjugated with N-acetylgalactosamine (GalNAc), which allowed the drug to target hepatocytes via the asialoglycoprotein receptor [7, 8]. The siRNA in inclisiran is also conjugated with GalNAc, building on this earlier approach. Inclisiran has been evaluated in a range of clinical trials, including secondary prevention populations, high-risk primary prevention and individuals with homozygous FH (HoFH) or heterozygous FH (HeFH) [8]. Characteristics of ongoing and completed trials are summarised in Table 1, with their results (where available). Pooled analysis of currently available data are reassuring with respect to the safety and efficacy of inclisiran. A patient-level pooled analysis including 3,660 patients from three ORION trials has recently been published. The analysis included data from patients with familial hypercholesterolaemia (ORION-9), ASCVD (ORION-10) and ASCVD risk equivalents (ORION-11); 92% of subjects were taking statin therapy and 14% were using ezetimibe. Patients were injected with inclisiran or placebo at baseline, after 3 months and then every 6 months. At 510 days, LDL-C was found to be reduced by 50.7% [95% confidence intervals – 48.9, 52.1%] in the inclisiran group, after correction for placebo. Adverse effects included bronchitis and mild injection site reactions. A pre-specified safety analysis of the ORION-1 trial (501 patients) focused on haematological variables during a year of follow-up. No evidence was found that inclisiran affected counts of leucocytes, monocytes, platelets or neutrophils [6]. Inflammatory markers (including IL6 and TNFalpha) are not affected by inclisiran treatment. Provided these observations are replicated in larger trials, the drug is likely to have a very good safety profile. Outcomes data available to date are extremely promising. A meta-analysis including data from ORION-10, ORION-11 and studies investigating MoAb-based PCSK9 inhibitors found that the relationship between LDL-C lowering and reduction in MACE followed the same trend for inclisiran and the MoAb agents. A separate study pooling the results of ORION-9, ORION-10 and ORION-11 (a total of 3,660 patients) demonstrated a 24% reduction in MACE with inclisiran treatment, compared to placebo. A particular advantage of inclisiran over other lipid-lowering therapies is the fact that it can be safely used in patients with mild (CrCl 60–89 mL/min), moderate (CrCl 30–59 mL/min) or severe CrCl 30–59 mL/min renal function impairment, without the need for dose adjustment, thereby addressing an unmet need, particularly in the secondary prevention of cardiovascular disease. On the basis of these data,

inclisiran is likely to play an increasing role in guideline-directed management of dyslipidaemias. Polish guidelines recommend that inclisiran may be considered in patients with ASCVD or FH who do not achieve lipid targets on statin and ezetimibe, in statin intolerance and in very high-risk primary prevention patients who do not adhere to, or consent to, other lipid-lowering therapies. In the UK, the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) is currently evaluating inclisiran for the treatment of primary hypercholesterolaemia or mixed dyslipidaemia. Current recommendations and marketing approvals are based on the data showing robust long-term reduction of circulating LDL-C by inclisiran. More widespread use of inclisiran may be expected if it is demonstrated to reduce hard clinical outcomes to the extent that would be expected, given the success of MoAb-based PCSK9 inhibitors. The ongoing HPS-4/TIMI 65/ORION-4 double-blind randomised controlled clinical trial (NCT03705234) will provide important information in this respect. The study is currently recruiting 15,000 individuals with ASCVD at 180 clinical sites in the UK and the USA. Participants will be randomised in a 1:1 ratio to receive a placebo injection, or subcutaneous injection of inclisiran sodium 300 mg will be administered as at randomisation, 3 months and then every 6 months, and will be followed up for 5 years with a primary composite endpoint of the first occurrence of coronary heart disease death; myocardial infarction; fatal or non-fatal ischemic stroke; or urgent coronary revascularisation procedures. Whilst inclisiran is the first drug in its class for dyslipidaemia, it is unlikely to be the only one since RNA inhibition offers, at least theoretically, the opportunity to target any gene of interest. The siRNA templates are already established, and therefore, it is a simple step to modify the sequence of nucleic acids to a specific target mRNA. Other proteins associated with plasma lipid homeostasis, particularly if they are functional in the liver, are therefore likely to be included in research and development programmes using this technology. An orally available antisense oligonucleotide for PCSK9 has recently demonstrated promise in preclinical studies, and RNA silencing is currently under investigation to target a range of proteins implicated in the pathophysiology of atherosclerosis.

Conclusions. Pooled analysis of three recent ORION trials has demonstrated that twice-yearly administration of inclisiran reduces LDL-C by 50% in a range of patient groups, with only mild adverse effects. Inclisiran, therefore, is a safe, effective approach to the reduction of LDL-C. The results of the phase-3 ORION-4 outcomes study are eagerly awaited and will demonstrate the effectiveness of inclisiran against hard clinical outcomes. Further promising RNA silencing technologies directed at a variety of biological targets have the potential to improve the management of dyslipidaemias.

Literature:

1. Penson PE. Spotlight Commentary: what's new in lipid-lowering pharmacology? Integrating basic and clinical research to improve patient outcomes. *BrJ Clin Pharmacol*. 2020;86(11):2111–3.
2. Collins R, Reith C, Emberson J, Armitage J, Baigent C, Blackwell L, et al. Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet*. 2016;388(10059):2532–61.
3. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, McCagg A, White JA, Theroux P, et al. Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes. *N Engl J Med*. 2015;372(25):2387–97.
4. Penson P, McGowan M, Banach M. Evaluating bempedoic acid for the treatment of hyperlipidaemia. *Expert Opin Investig Drugs*. 2017;26(2):251–9.
5. Boren J, Chapman MJ, Krauss RM, Packard CJ, Bentzon JF, Binder CJ, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease: pathophysiological, genetic, and therapeutic insights: a consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J*. 2020;41(24):2313–30.
6. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J*. 2017;38(32):2459–72.
7. Penson PE, Pirro M, Banach M. LDL-C: lower is better for longer-even at low risk. *BMC Med*. 2020;18(1):320.
8. Banach M, Penson PE, Vrablik M, Bunc M, Dyrbus K, Fedacko J, et al. Optimal use of lipid-lowering therapy after acute coronary syndromes: a position paper endorsed by the International Lipid Expert Panel (ILEP). *Pharmacol Res*. 2021;166:105499.
9. Katzmann JL, Packard CJ, Chapman MJ, Katzmann I, Laufs U. Targeting RNA with antisense oligonucleotides and small interfering RNA: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(5):563–79.

PNEVMONIYANI XALQ TABOBATI BILAN DAVOLASH

Babadjanova X.M., Habibullayeva S.A.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Annotatsiya

Hozirgi kunda butun dunyoda pnevmoniya yurak-qon tomir patologiyasi, onkologik kasalliklar, serebrovaskulyar patologiya va surunkali obstruktiv o'pka kasalliklari va yuqumli

kasalliklar orasida o'lim sabablari bo'yicha 4-5 o'rinni egallaydi. Yuqumli kasalliklar ichida esa – birinchi o'rinda.

Pnevmoniyani xalq tabobati usullari bilan davolash asosiy terapiyadan tashqari yoki antibiotiklardan foydalanish muddati tugagandan so'ng amalga oshirilishi kerak. Pnevmoniya eng keng tarqalgan kasalliklardan bo'lib, kattalar va bolalarda har qanday yoshda kuzatilishi mumkin. Kasallik turli yosh davrlarida muayyan xususiyatlarga ega. Patologiya turli tabiatdagi mikroorganizmlar keltirib chiqaradigan o'pka to'qimasining o'tkir yallig'lanishiga asoslangan. Shuning uchun, o'z-o'zidan dori-darmonlarni qabul qilish bilan shug'ullanmaslik, yallig'lanish belgilari paydo bo'lganda darhol shifokor bilan maslahatlashish tavsiya etiladi. Shu bilan birga, xalq tabobati usullarini qo'llash faqat shifokor bilan bevosita maslahatlashilgandan keyin, qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa foydalanish mumkin.

Kalit so'zlar: Pnevmoniya, atipik patogen qo'zg'otuvchilar, aralash infeksiya, krepatatsiya, fibrobronxoskopiya, aspirat, immunitet

Kasallikning asosiy etiologik omili patogen qo'zg'otuvchi hisoblanadi. Pnevmoniya shifoxona ichi va shifoxonadan tashqari turiga bo'linadi. Shifoxonadan tashqari pnevmoniyaning paydo bo'lishida yetakchi rol pnevmokokklar, gemofil tayoqchalari va stafilokokklarga tegishli. Shuningday, atipik patogen qo'zg'otuvchilar : mikoplazmalar, Chlamydia, Legionellalar xam bo'lishi mumkin.

Shifoxona ichi infeksiyasi sababi shartli patogen va gram-manfiy flora hisoblanadi: Stafilococcus Aureus, Klebsiella, E. coli, Proteus, Legionella. Gripp epidemiyasi davrida virusli pnevmoniya paydo bo'lib, ko'pincha unga bakterial va mikoplazmik flora qo'shiladi. Deyarli har bir ikkinchi holatda aralash infeksiya kuzatiladi.

Pnevmoniya klinik ko'rinishi turli xil bronxo'o'pka va o'pkadan tashqari simptomlar kombinatsiyasi bilan ajralib turadi. Ularning kuchayishi qo'zg'otuvchining xususiyatlariga va inson tanasining holatiga qarab farq qilishi mumkin. Bemor yo'talish, nafas qisilishi, ko'krak og'rig'i, shilliq-yiringli yoki qonli balg'amni ajralishi, umumiy zaiflik, mushaklardagi og'riqlarga shikoyat qiladi. Istim, titroq, yurak urishi tezlashuvi, hushida chalkashlik, nafas olish harakatlarining soni va chuqurligidagi o'zgarishlar (daqiqada 18-20 harakatlar) aniqlanadi.

Tashxis qo'yish uchun klinik, laborator va rentgen tahlillari hisobga olinadi.

- istima;
- yo'tal;
- balg'am;
- leykotsitoz;

- rentgenologik aniqlangan infiltrat

Tekshiruvda shifokor perkutor tovushni to'ntoqlashuvini, zaiflashgan vezikulyar yoki bronxial nafas, krepitatsiya, plevra ishqalanishining shovqinini aniqlaydi. Muhim va asosiy bosqich klinik va epidemiologik ma'lumotlar bo'yicha taxminiy tashxis qo'yishdir. Bunda zamonaviy pnevmoniyaning etiologik strukturasi hisobga olinadi. O'pka yallig'lanishining tashxislashda Gramm bo'yicha balg'amni bo'yalishi ahamiyatli. Bunda gram-musbat va gram-manfiy qo'zg'otuvchilarni, mikroorganizmlarning hujayra ichidagi va hujayra tashqari lokalizatsiyasini aniqlash imkonini beradi. Shuningdek, balg'amning bakteriologik tekshiruvi, antibiotiklarga sezuvchanlik, qo'zg'otuvchining miqdoriy sonini aniqlanadi. Ko'rsatmalarga ko'ra, fibrobronxoskopiyada olingan aspirat, qon ekilishi, shuningdek, qon zardobida qo'zg'otuvchilarning antigenlariga antitelorlarni aniqlash o'tkaziladi.

Pnevmoniyaning davolash faqat shifokorning ko'rsatmalariga muvofiq amalga oshiriladi. Pnevmoniyaning engil shakli bilan uyda davolanish mumkin. O'rta og'ir va og'ir turida, shuningdek, qo'shimcha o'tkir yoki surunkali patologiyalar mavjudligida, kasalxonaga shifokorlar nazorati ostida keng qamrovli davolash lozim.

Pnevmoniyaning davolashda asosiy terapiyadan tashqari, an'anaviy xalq tabobatining turli xil usullari qo'llaniladi: o'simliklarning qaynatmalari, shipovnik damlamasi, aloe sharbati, kompresslar tavsiya etiladi. Immunitetni mustahkamlash uchun kuniga bir marta 1 qoshiq asalni yoki yotishdan oldin sarimsoq yeyish tavsiya etiladi. Bundan tashqari, asalni 50 ml iliq suvda suyultirib, limon bo'lagi qo'shib ertalab och qoringa ichish xam juda foydali. Malina bargidan choy ichish xam tavsiya etiladi.

Pnevmoniya bilan og'rigan bemorlarda istima va yallig'lanish tufayli yo'qolgan suyuqlikni to'ldirish uchun mo'l-ko'l ichimlik tavsiya etiladi. Buning uchun smorodina va malina barglari yoki turli xil o'simliklar aralashmasi bilan choy damlab, uning tarkibiy qismlarida yovvoyi bibariya, lipa, podorojnik ichiladi bo'lishi mumkin. O'simliklar avval qaynoq suv quyib, damlash kerak. Kuniga bir necha stakan choy ichish tavsiya etiladi. Shu bilan birga, suv muvozanatini to'ldirish uchun mineral suv ichish mumkin.

Balg'am ko'chishini rag'batlantiradigan o'simliklar orasida qizilmiya va Althea tomirlari, termopsis, Oregano, chabres ishlatilishi mumkin. Ular yallig'lanishga qarshi, dezinfektsiyalovchi va sedativ ta'sirga ega.

Buyrak funksiyasining buzilishi bo'lmagan xolatlarda, diuretik, yallig'lanishga qarshi va tonusni oshiruvchi sifatida Devyasil ildizlari qaynatmasi va damlamasini qabul qilish mumkin. Buning uchun 1 choy qoshiq ezilgan xom ashyoga bir stakan qaynoq suv quyiladi va 4 soat davomida termosda damlanadi. 1 choy qoshiqdan kuniga 3 marta ovqatdan oldin ichiladi.

Yo'talni yumshatish va yo'talni kamaytirish uchun Islandiya moxidan foydalanish tavsiya etiladi. Asosiy terapiya kursini tugatgandan so'ng, ikki hafta davomida islandiya Tsetrariyasini qabul qilinadi. 1 bir osh qoshiq xom ashyoni 200 ml sutga qo'shiladi va juda past olovda qaynatiladi, yotishdan oldin qabul qilinadi. Shuningdek, balg'am ko'chishini yengillashtirish va yo'tal xurujini kamaytirish uchun islandiya moxi aralashmasidan ertalab choy ichish yaxshi natija beradi. Oltoy, medunitsa, yalpiz, romashka, qizilmiya xam ishlatiladi. O'simliklarni yaxshilab ezilgan va yaxshilab aralashtirilishi kerak. Damlamani tayyorlash uchun termosga bir osh qoshiq to'plamga 200 ml qaynoq suv quyib, 2-3 soat damlanadi. Bronxial epiteliyani to'liq tiklash va tozalash uchun kuniga 4 marta 50 mldan ovqatdan yarim soat oldin 7-10 kunlik kurs bilan qabul qilinadi.

Tiklanish davrida, xolsizlikda Rhodiola gulining damlamasini ichish tavsiya etiladi: ovqatdan yarim soat oldin 2-3 haftalik kurs bilan 10-30 tomchidan kuniga 3 maxal ichiladi,. 14 kundan so'ng, agar kerak bo'lsa, qabul qilishni takrorlash mumkin. Bundan tashqari, vitaminli choylar, masalan, shipovnik choyini ichish juda foydali. Shipovnik choyi kasallikdan keyin tiklanish davrida qo'llaniladi.

Shuni esda tutish kerakki, pnevmoniyani faqat xalq tabobati usullari bilan batamom davolash mumkin emas. An'anaviy bo'lmagan terapiya usullari, shifokor bilan kelishilgan holda, antibiotiklar yoki antivirus preparatlarga qo'shimcha ravishda qo'llanilishi kerak.

Adabiyotlar:

1. Биологически активные вещества растительного происхождения / Б.Н. Головкин [и др.]. – М.: Наука, 2001.
2. «Лекарственные растения при заболеваниях органов дыхания» //Составители: д.м.н., проф. Низамутдинова Р.С., к.ф.н., доц. Пупыкина К.А., д.м.н., проф. Крюкова А.Я., Акирова Р.Ю., Костарев О.В., д.б.н. Фархутдинов Р.Г. - Уфа: Изд-во «Травы Башкирии», 2007. - 56 с. Микроэлементы для вашего здоровья / А. В. Скальный. – М.: ОНИКС 21 век, 2004. – 320 с. 15. Скальный, А.В. Химические элементы в физиологии и экологии человека / А. В. Скальный. – М., 2004. – 215 с.
3. Ram A., Balachandar S., Vijayananth P., Singh V.P. Medicinal plants useful for treating chronic obstructive pulmonary disease (COPD): current status and future perspectives // Fitoterapia.2011. Vol. 82(2). P.141–151.
4. Guo R., Pittler M.H., Ernst E. Herbal medicines for the treatment of COPD: a systematic review // Eur. Respir. J. 2006. Vol. 28(2). P. 330–338.
5. Gao Z., Liu Y., Zhang J., Upur H. Effect of Jianpi therapy in treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review // J. Tradit. Chin. Med. 2013. Vol.33(1). P. 1–8.

6. Kemmerich B. Evaluation of efficacy and tolerability of a fixed combination of dry extracts of thyme herb and primrose root in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. A prospective, double-blind, placebo-controlled multicentre clinical trial // *Arzneimittelforschung*. 2007. Vol. 57(9). P. 607–615.

7. Kemmerich B., Eberhardt R., Stammer H. Efficacy and tolerability of a fluid extract combination of thyme herb and ivy leaves and matched placebo in adults suffering from acute bronchitis with productive cough. A prospective, double-blind, placebo-controlled clinical trial // *Arzneimittelforschung*. 2006. Vol. 56(9). P. 652–660.

РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОСТЕОПОРОЗ ЖАРАЁНИНИ АНИҚЛАШ

Беккулова М.А.

Фаргона жамоат саломалиги тиббиёт институти

Ревматоид артрити (РА) касаллигида ногиронликни камайтириш, беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш ва даволаш самарадорлигини оширишда остеопороз (ОП) жараёнини олдини олиш муҳим роль ўйнайди.

Ишнинг максади. РА касаллигининг клиник, лаборатор белгиларига асосланган ҳолда остеопороз жараёнини таркалиши ва оғирлик даражасини аниқлаш.

Текшириш материали ва усуллари. Текширувимида 70 нафар бемор (56 аёл, 80%, 14 эркак, 20%) клиник, лаборатория ва инструментал текширувлардан ўтказилди. Остеопороз гумон қилинган беморлардан анамнез йиғишда

«Остеопороз халқаро фонди» суровномасидан фойдаланиб, остеопорознинг ривожланиш хавфи аниқланди. Бир ёки икки саволга ижобий жавоб олинганда, лаборатор текширувлар ўтказилди.

Олинган натижалар ва тахлили. «Остеопороз халқаро фонди» сўровномаси ўтказилганида 56 нафар (80,0%) бемор ушбу саволноманинг 2 та саволига ижобий жавоб беришди. Клиник текширувларда остеопороз жараёнини ривожланишига хос - тик турганда белда оғриқ бўлиши, вақт ўтган сари белдаги оғриқ кучайиб (34 беморда, 48,6%), беморни ётган вақтида ҳам безовта қилиши, қўл ва оёқлардаги характери жихатидан доимий бўлмаган, хар-хил интенсивликдаги, жисмоний меҳнат ва совуқ хавода кучаяувчи оғриқ (30 бемор, 42,8%), «ўрдаксимон юриш», оқсоқланиш (22 беморда, 31,4%) буғимлар

деформациялари яққол ва аниқ ривожланган бўлмасада беморларни тўшакда ётиб қолиши, умуртқа поғонасининг тортилишлари, кўкрак қафаси деформацияси, эгилиб юриш ҳолати, «қориннинг осилиб қолиши» ва бемор бўйининг пасайиши (12-14 беморда, 17,1-20,0%) каби белгиларни аниқлаш имконини берди. Лабораторик текширувлардан кон плазмасида умумий кальцийнинг ўртача кўрсаткичи $1,8 \pm 0,02$ ммоль/л бўлиб, 19% беморда - нормал кўрсаткични ($2,15-2,9$ ммоль/л) ташкил этди ва 81% беморда - $1,6-1,9$ ммоль/л атрофида бўлди (гипокальциемия).

Хулоса. РА касаллиги билан касалланган беморларда ОП жараёнини аниқлаш мақсадида стандарт текширувларга «Остеопороз халқаро фонди» суровномасини киритиш, бир ёки икки саволга ижобий жавоб олинганда, лаборатор-инструментал текширувлардан кон зардобидида кальций, фосфор, ишқорий фосфатаза микдорини аниқлаш лозим. Остеопороз диагнози аниқланганда самарали даво ўтказиш учун беморларга уларнинг пархези, овқат рационини, овқатланиш тартиби, рационда сут ва сут маҳсулотларининг булиши, қабул қилиниши лозим бўлган суюқлик микдори, жисмоний фаоллик даражаси, машқлар кулами, тана вазнининг назорат қилиш ва турар-жойидаги суюқ синишларига қарши хавсизлик чоралари ҳақида маълумот берилиши лозим.

КАРИ КИШИЛАРДА РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИНИНГ

КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Беккулова М.А., Умрзаков О.Э.

Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Кари кишиларда ревматоид артрити (РА) касаллигида бугим синдром хусусиятларини аниқлаш, касалликни ерта ташхислаш, беморлар ҳаёт сифатини яхшилаш ва ногиронликни камайтириш.

Ишнинг мақсади. РА касаллигининг бугим синдром хусусиятларини урганиш, клиник, лаборатор ва инструментал белгиларига асосланган ва оғирлик даражасини аниқлаш.

Текшириш материали ва усуллари. Текширувимизда РА касаллиги билан даволанган беморлар кўрсаткичлари ташкил этди. Кузатув ва текширувдан 88 нафар бемор: 63 нафар - аёл (71,6%), 25 нафар - эркак (28,4%) ўтказилди. Беморлар ёши 16-73 йил (ўртача – $42,1 \pm 1,3$ йил), касаллик давомийлиги 6 ойдан 30 йилгача (ўртача – $6,5 \pm 0,5$ йил) бўлди.

Ёшига кўра барча беморлар 2 группага бўлинди: биринчи группага 48 нафар 60-73 ёшдаги (ўртача ёш – $69,5 \pm 2,2$ йил) бемор: 32 аёл, 16 эркак киргизлиди. Иккинчи группага 16-59 ёшдаги (ўртача – $34,2 \pm 3,2$ йил) 40 нафар бемор: 31 аёл, 9 эркак киргизилди.

1. Назорат группадаги беморлар 40 нафар бўлиб, уларнинг ёши 16-59 ёшлар орасида (ўртача-34,2 йил) бўлди.

2. Асосий группадаги беморлар 48 нафар бўлиб, уларнинг ёши 60-73 ёшлар орасида (ўртача - 69,5 йил) бўлди.

Назорат группадаги 40 нафар бемордан 31 нафари аёллар бўлиб, улар 77,5% ни, эркаклар 9 нафар бўлиб, улар 22,5% ни ташкил этди. Назорат группада аёллар/эркаклар нисбати -3,4/1 нисбатда бўлди.

Асосий группада 48 нафар бемордан 32 нафари аёллар бўлиб, улар 66,6% ни, эркаклар 16 нафар бўлиб, улар 33,3% ни ташкил этди. Асосий группада аёллар/эркаклар нисбати – 1,9/1 нисбатда бўлди.

Олинган натижалар ва тахлили. Ушбу келтирилган маълумотлар бўйича дастлабки хулоса қилинганда, РА касаллиги ёш ва ўрта ёш беморларда аёллар орасида эркакларга нисбатан 4 марта кўп учрайди. Кекса ва қари ёшларда жинс орасида касалликни учраш частотаси нисбати камаяди ва касаллик аёллар ва эркаклар орасида 1,9 марта кўп учрайди. 60 ёшдан катта беморларда ўрта катталиқдаги буғимлар - чакка-жағ, елка буғими, чаноқ-сон буғими, тизза буғимлари, умуртқа поғонасининг зарарланишлари ёш беморларга нисбатан 1,2-1,9 марта кўп учрайди, бу эса беморларни жисмонан ва маънавий азоб чекишлари, характ фаолликларини чекланиши, ўзгалар кўмагига мухтож бўлиб қолишлари ва ногиронликларига сабаб бўлади. Буғим синдромининг миқдорий кўрсаткичлари – буғимларнинг эрталабки қотиш давомийлиги, П.Ли индекси, ВАШ бўйича оғриқ, зарарланган буғимлар сони, П.Ли функционал тести ва бармоқлар манипуляцион қобилияти беморларнинг ёшини ошувига мос равишда кўпайиб боради. 60 ёшдан катта беморларда Штейнброкер бўйича касалликнинг III ва IV рентгенологик босқичи 80,2% беморда, 60 ёшдан кичик беморларда нисбатан 1,8 марта кўп аниқланади. 60 ёшдан катта кишиларда РА касалликнинг фаоллиги, ривожланиши, клиник кечиши, зарарланган бугимларнинг рентгенологик босқичи ва функционал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда ялиғланишга қарши ностероид, стероид ва базис препаратлари (сульфасалазин, метотрексат, лефуламид), кальций пераратларни эрта тавсия этиш лозим. РА касаллигида стационар даврдан кейин “Ижобий” натижалар касаллик урта давом (5-10 йил) этаётган, бугимлар фаолияти чуқур узгармаган беморларда, “Жуда яхши натижалар” касаллик узок давом этмаганида (5 йилгача), бугимлар фаолияти сақланиб қолган беморларда,

“Коникарсиз” натижалар 15 йилдан ортик РА билан касалланган, бугимлар фаолиятини III даражада бузилган, ногирони ва доимий равишда узгалар кумагига мухтож беморларда кўп аниқланди. Ёшга кўра тахлил этилганда ижобий натижалар 60 ёшдан кичик беморда, коникарсиз натижалар 60 ёшдан катта беморларда кузатилди.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ COVID-19

Белозерова Д.Е., Колесникова Е.Н.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Актуальность проблемы данного исследования заключается в необходимости изучения новой коронавирусной инфекции, которая появилась в конце 2019 года в провинции Китая – пригороде Ухань. Ученые, проведя ряд исследований, выявили новый штамм вируса - SARS-CoV-2. За короткий промежуток времени вирус, охватив всю КНР, перерос в эпидемию, а затем и в пандемию, охватив более 200 стран мира, в том числе и Россию. Самый пик заболевания вирусом Covid-19 пришелся на весенний период 2020 года и осеннее-зимний период 2021 года. На данный момент важно проанализировать эффективность применяемых схем лечения, чтобы спрогнозировать наилучший эффект от лекарственной терапии и обеспечить успех для борьбы с пандемией. По всему миру на данный момент зарегистрировано 495 млн заболевших, летальных исходов 6.17 млн человек.

Цель исследования – изучение данных по использованию рекомендованных схем для лечения различных форм SARS-Cov-2 у больных, которые находились на стационарном лечении в ОМКБ г. Курска с мая по ноябрь 2021 года.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы истории болезни ковид-инфицированных пациентов ($n = 150$), проходивших лечение в стационаре ОМКБ. В исследуемую группу вошли 85 мужчин (56,6% от общего количества пациентов), и 65 женщин (43,4 % от общего количества больных с различными формами новой коронавирусной инфекцией). Средний возраст пациентов составил 46,7 лет. Пациенты были разделены на 3 группы по степеням тяжести заболевания. В каждой группе выделены подгруппы по проводимому лечению, согласно методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (Covid-19) Министерства здравоохранения Российской Федерации (от 02.07.2021).

Результаты. В группе больных с легкой формой(40 мужчин и 20 женщин пациенты получали: 15 больных : противовирусная терапия: (фавипиравир), ИФН-α;Антикоагулянтный препарат и НПВП по показаниям(ибупрофен),20 больных- Антибактериальная терапия(гидроксихлорин),ИФН-α,антикоагулянтный препарат; НПВП по показаниям(парацетамол), 25 человек -умифеновир, ИФН-α, антикоагулянтный препарат и НПВС. В группе со среднетяжелым течением у больных назначалось лечение умифеновир, антибактериальная терапия и НПВП по показаниям. Различие состояло в выборе антикоагулянтного препарата (13 человек получали гепарин,20 – апибаксан, 17 больных – ксарелто). Так же в 3 подгруппе назначались ГКС при начавшемся цитокиновом шторме.

В группе с тяжелой формой заболевания использовались схемы: схема 1 – противовирусная терапия (фавипиравир/тоцизилумаб) + антибиотикотерапия (левофлоксацин) 5 человек, схема 2- противовирусная терапия (фавипиравир/сарилумаб) + антибиотикцефепим/левофлоксацин/цефтриаксон) + антикоагулянты (ривороксабан или гепарин) 15 человек, схема 3 – противовирусный препарат (фавипиравир/сарилумаб) + антикоагулянты (ривороксабан/гепарин) + ГСК (дексаметазон/метилпреднизолон) 20 человек.

Среди исследуемых групп пациентов были выявлены наиболее благоприятные схемы лечения: в 1 группе (легкая форма заболевания)- схема № 3, в которую вошли Умифеновир, ИФН-α, Антикоагулянтный препарат; НПВП, во 2 группе (среднетяжелая форма) - схема 3 с применением умифеновира, ксарелто, антибиотиков по показаниям, НПВП и ГКС (при цитокиновом шторме), в 3 группе (тяжелая форма) - схема 3 (противовирусный препарат (фавипиравир/сарилумаб) + антикоагулянты (ривороксабан/гепарин) + ГСК (дексаметазон/метилпреднизолон)). При данных схемах лечения смертность в исследуемых группах на 100 человек составила 25 %, 17 % и 20 % .

Выводы: в ходе исследования было выявлено, что наиболее благоприятным прогнозом в лечении различных клинических форм обладают схемы 3. При легкой форме применение умифеновира показало наиболее благоприятный результат в лечении (смертность в этой группе составила 25 %). При среднетяжелой форме смертность составила 17 % при применении ксарелто вместо гепарина или апибаксана совместно с противовирусной терапией, НПВС и антибактериальной терапией по показаниям. Применение гормонотерапии совместно с антикоагулянтами и приемом противовирусных препаратов дает наиболее эффективный результат в лечении тяжелых форм новой коронавирусной инфекции (смертность в 3 группе 20 %).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕДИЦИНСКИХ И ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

**Билан А.А., Прокофьева Ю.В., Мансимова О.В.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Россия**

В настоящее время в структуре смертности и заболеваемости населения, несмотря на длящуюся уже более двух лет пандемию, одна из ведущих ролей по-прежнему принадлежит сердечно-сосудистой патологии. В связи с этим целесообразно обратить внимание на разнообразные нозологические формы, которыми проявляют себя болезни сердца и сосудов. Одной из таких форм является артериальная гипертензия. Данное патологическое состояние является одним из наиболее распространенных. Такое положение артериальной гипертензии в семействе заболеваний сердца и сосудов свидетельствует о важности изучения данного явления медицинской наукой и необходимости получения всеобъемлющей информации о распространенности и выраженности артериальной гипертензии в разнообразных профессиональных и иных группах [4].

В связи с этим особую актуальность приобретает исследование факторов риска развития артериальной гипертензии, поскольку, во-первых, артериальная гипертензия широко распространена в популяции людей в целом и медицинских работников и учителей в частности, что свидетельствует о необходимости ее тщательного исследования. Во-вторых, актуальным данное исследование делают последствия продолжающейся и сегодня пандемии Covid-19, которые проявились в возрастании рабочей нагрузки и стрессовых воздействий на исследуемые группы населения. У медицинских работников это связано с переходом лечебных учреждений на особый режим работы, постоянным взаимодействием с опасным заболеванием при работе в ковидных стационарах, росту заболеваемости населения и пропорционально этому нагрузки на медицинский персонал. У педагогических работников увеличение рабочей и стрессовой нагрузки обусловлено серьезными изменениями образовательного процесса, которые произошли в период пандемии.

Сегодня под артериальной гипертензией понимают синдром повышения клинического артериального давления при гипертонической болезни и симптоматических артериальных гипертензиях выше пороговых значений, определенных в результате

эпидемиологических и рандомизированных контролируемых исследований, продемонстрировавших связь с повышением сердечно-сосудистого риска и целесообразность и пользу лечения, направленного на снижение артериального давления ниже уровня, признанного допустимым. Более простым и понятным можно признать другой вариант определения данного состояния: артериальная гипертензия – это хроническое стабильное повышение уровня артериального давления, при котором систолическое и/или диастолическое давление повышаются выше установленных нормой уровней (≥ 140 мм рт. ст. и ≥ 90 мм рт. ст. соответственно) [2].

Факторы риска развития артериальной гипертензии подразделяются на две основные группы: модифицируемые и немодифицируемые. Модифицируемыми называют те факторы, которые возможно скорректировать и на эффект от которых можно влиять при помощи изменения образа жизни больного, применения различных типов терапии, диеты и т. д. К ним относятся такие факторы риска как мужской пол, возраст (старше 55 лет у мужчин и старше 65 лет у женщин), генетическая предрасположенность (например, есть данные о большей склонности к гипертонии лиц с III группой крови[5]), семейный анамнез (наличие артериальной гипертензии и болезней сердечно-сосудистой системы у родственников пациента, наличие среди родственников случаев смерти от патологии сердца в возрасте до 50 лет). Немодифицируемые факторы риска – те, которые не могут быть скорректированы и влияние которых не может быть изменено и уменьшено каким-либо способом; действие таких факторов на организм постоянно и неизменно. К таким факторам риска относятся стресс и психоэмоциональное напряжение, абдоминальное ожирение, дислипидемия, гиперхолестеролемия, гиподинамия, нарушения сна, наличие вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя), избыточное потребление поваренной соли, некоторые перенесенные заболевания (отдельные риски таит в себе заболевание больных сахарным диабетом). К таким факторам риска необходимо отнести и перенесенную коронавирусную инфекцию, поскольку она вызывает эндотелиальную дисфункцию у переболевших, что может вести к сбою в нейрогуморальных регуляторных системах, контролирующих артериальное давление [1, 3].

Для изучения распространенности факторов риска развития артериальной гипертензии среди медицинских и педагогических работников была составлена и разослана участникам из исследуемых групп анкета. Она содержала 28 вопросов, направленных на выявление разнообразных факторов риска. В частности, вопросы о времени, уделяемом на сон и трудовую деятельность, уровне стресса и психоэмоционального перенапряжения на рабочем месте, наличии болезней сердца и сосудов у участников исследования и их родственников, наличии у представителей

исследуемых групп гиподинамии, вредных привычек, ожирения, склонности к неправильному питанию. Всего в исследовании приняло участие 40 медицинских и 40 педагогических работников, средний возраст участников составил 47 и 49 лет соответственно, большинство из них составили женщины (100% педагогов и 85% медиков). В ходе анализа полученных ответов были получены следующие результаты:

Среди педагогических работников более распространены (либо же более выражены) такие факторы риска развития артериальной гипертензии как возраст, наличие избыточного веса и ожирения различной степени, гиподинамия (отсутствие регулярных занятий спортом и физической нагрузки), недостаточное время, уделяемое на сон, употребление вредной для здоровья пищи (жирной, богатой углеводами, имеющей в составе большое количество поваренной соли), длительное пребывание на работе (больше времени уделяется работе).

Примерно в равной степени у обеих групп, участвовавших в исследовании, выражены такие факторы риска как употребление алкогольных напитков, наследственные риски (наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы и артериальной гипертензии, а также наличие у родственников смертей до 50 лет от болезней сердца и сосудов), наличие ненормированного рабочего дня, малая подвижность во время работы, наличие и появление отеков, головных болей, одышек, сердцебиений, головокружений.

У медицинских работников чаще и в большем количестве встречались такие факторы риска как мужской пол, курение табака, наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы, сидячий характер трудовой деятельности, повышенный уровень психоэмоциональной нагрузки на рабочем месте, частое наличие стрессовых ситуаций на работе, перенесенная новая коронавирусная инфекция Covid-19 и отмеченные после нее изменения уровня артериального давления.

Факторы риска, связанные со стрессом и психоэмоциональным перенапряжением на работе, с высокой частотой отмечены участниками исследования в обеих группах, однако постоянное воздействие этих факторов чаще отмечали именно медицинские работники.

Таким образом, указать на наличие у одной из исследуемых групп более выраженного и полного набора факторов риска развития артериальной гипертензии, который позволили бы однозначно признать ее более склонной к развитию гипертонической болезни, не представляется возможным. Как медицинские, так и педагогические работники имеют факторы риска, которые выражены у них в большей степени, чем у другой группы. Каждая из исследуемых групп имеет свои аспекты склонности к развитию артериальной гипертензии, причем в обеих из них важную роль играет наличие факторов риска, обусловленных стрессом и психоэмоциональным

перенапряжением на рабочем месте, что требует особого внимания ввиду особой роли этих факторов в развитии первичной артериальной гипертензии. В то же время можно предполагать, на основании данных литературных источников и большей выраженности стрессовых факторов в данной группе, что большая склонность к более раннему и быстрому развитию артериальной гипертензии присуща медицинским работникам, тогда как у педагогов она склонна развиваться позднее.

Проведенное исследование может стать основой для дальнейшей научной разработки данной проблемы, а также для создания практических рекомендаций для представителей обеих исследуемых групп по предотвращению и нейтрализации действия факторов риска. Полученные результаты несут в себе новые данные относительно распространенности факторов риска артериальной гипертензии в профессиональных группах, а также относительно соответствия этих факторов в двух исследуемых группах. Наиболее важными перспективами в этой связи выступают перспективы, связанные с разработкой на основе полученных данных мер профилактики артериальной гипертензии, ведь как говорил английский философ Т. Мор: «Мудрец будет скорее избегать болезней, чем выбирать средства против них».

Литература:

1. Гараев, А. Т. Факторы риска, влияющие на развитие эссенциальной артериальной гипертензии / А. Т. Гараев, М. А. Сахипов, А. Н. Хмельницкая // Молодая наука - практическому здравоохранению : материалы 92-й итоговой научно-практической конференции студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет) ПГМУ имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, 15–16 апреля 2019 года / Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера. – Пермь: Б. и., 2019. – С. 99-100. – EDN ZIEWVV.
2. Головина, Н. И. Оценка факторов риска развития артериальной гипертензии и ишемических цереброваскулярных событий (обзор литературы) / Н. И. Головина, М. С. Матвеев, Н. И. Ключников // Актуальные проблемы медицины. – 2021. – Т. 44. – № 3. – С. 269-277. – DOI 10.52575/2687-0940-2021-44-3-269-277. – EDN CEPTRI.
3. Конопля, Е. Н. Артериальная гипертензия: обзор современных клинических рекомендаций / Е. Н. Конопля, А. В. Тригуб, Д. В. Поляков // Павловские чтения : Сборник научных трудов всероссийской научно-практической конференции, Курск, 18 октября 2018 года / Курский государственный медицинский университет. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2018. – С. 59-63. – EDN WJMAFV
4. Артериальная гипертензия на рабочем месте: факторы риска и популяционное значение / Л. А. Стрижаков, С. А. Бабанов, М. В. Лебедева [и др.] // Терапевтический

архив. – 2018. – Т. 90. – № 9. – С. 138-143. – DOI 10.26442/terarkh2018909138-143. – EDN XZLKLB.

5. Группа крови по системе АВ0 как фактор риска формирования артериальной гипертензии / Л. А. Фомина, М. С. Желудов, А. А. Иванова, М. П. Фомина // Верхневолжский медицинский журнал. – 2021. – Т. 20. – № 1. – С. 21-23. – EDN VJVTWV.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Бобокулова Ш.А., Охунов А.О., Атаков С.С.

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

Аннотация

Нагноительные заболевания легких относятся к актуальным вопросам пульмонологии, требующим детального изучения в связи с трудностями диагностики и высокой смертностью пациентов. Это обусловлено рядом объективных и субъективных причин, в частности, таких как широкое распространение антибиотикоустойчивой микрофлоры, что особенно важно при необоснованном назначении антибиотиков, даже при легкой форме COVID-19. Это, несомненно, сказывается и на COVID больных, у которых и так уже снижен иммунитет. Вопрос о точном механизме развития гнойных осложнений легких после или во время заражения COVID-19, остается открытым. Клинические и рентгенологические признаки абсцесса легких нередко напоминают симптомы пневмонии, вместе с тем антибактериальная и симптоматическая терапия имеют различия. При гангрене легкого нарастание интоксикационного синдрома может быть постепенным, что снижает настороженность врача в отношении тяжелейшего заболевания и обуславливает неадекватную терапию. Комплексные диагностические мероприятия, знания основных клинических, инструментальных и лабораторных показателей являются необходимыми для всех врачей.

Ключевые слова: острые абсцессы легких, гангрена легкого, диагностика, микробиология, щадящие методы лечения

ВВЕДЕНИЕ

Среди больных с острыми гнойно-деструктивными заболеваниями легких (ОГДЗЛ) наиболее тяжелыми по течению и прогнозу являются больные с абсцессами и гангрой легких [5].

Несмотря на успехи в технике хирургических операций, использовании мощных антибактериальных и антисептических средств новых поколений, летальность у этой категории больных остается высокой. Так по данным различных клиник у больных с абсцессами легких она колеблется от 10 до 35 % [13], при гангрене легкого, эмпиеме и сепсисе на фоне флегмоны мягких тканей грудной клетки - варьирует от 30-90% [5].

Немаловажную роль в высокой летальности при этом играет прогрессирующий эндотоксикоз, обуславливающий развитие полиорганной и полисистемной недостаточности [2,3,6-8]. При этом, традиционное консервативное лечение ОГДЗЛ малоэффективно и часто заканчивается летальным исходом.

По данным нашей клиники 2005-2010 гг., консервативное лечение было успешным лишь у 64,4% больных, из них полное выздоровление наступило у 4,5%, клиническое - у 27,4%, процессе перешел в хроническую форму у 43,6%; летальность составила 24,5%. Летальность после операций достигает 34,5% [5].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2020 по 2022 гг. в Республиканском центре гнойной хирургии министерства здравоохранения Республики Узбекистан лечилось 69 больных с острыми абсцессами и гангрой легких, перенесших COVID-19 у которых мы применяли различные методы лечения в зависимости от возраста, тяжести состояния пациента, течения и локализации нагноительного процесса.

У 39 (33,6%) заболевание осложнилось эмпиемой плевры или пиопневмотораксом. Гангренозные абсцессы и гангрена легких имелись у 24 (31,7%) больных: распространенная гангрена - у 9, ограниченная гангрена (гангренозный абсцесс) - у 47. Общая летальность в группе больных с ОГДЗЛ составила 8,3% (умерли 12 больных): среди умерших у 8 имели место эмпиема плевры и пиопневмоторакс и у 4 - гангрена и гангренозные абсцессы (из них 1 после резекции легких по поводу легочного кровотечения). Все умершие больные поступали в клинику с тяжелой гнойной интоксикацией и дыхательной недостаточностью, тяжесть состояния была столь выраженной, что большинство из них умерли на 1-3 день после поступления в стационар. У умерших больных чаще имелись такие сопутствующие заболевания и осложнения, как обширный двусторонний процесс в легких (6), легочное кровотечение (3), обширная флегмона грудной клетки и тяжелый сепсис (3), реже - легочное сердце, обширные пролежни, инфаркт миокарда, сахарный диабет.

Необходимо отметить, что все больные до поступления в центр находились на лечении в терапевтических клиниках, где в течение 1 - 3 недель проводилась интенсивная антибактериальная терапия. Несмотря на это, наступало абсцедирование, и больные

нередко поступали в крайне тяжелом состоянии, с выраженной гнойной интоксикацией. Все они нуждались в применении более эффективных методов лечения.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностика ОГДЗЛ, у больных перенесших COVID-19 основывалась на данных клинических, лабораторных и микробиологических исследований, на результатах полипозиционного рентгенологического исследования, фибробронхоскопии. Для уточнения фазы формирования очагов деструкции и выявления легочных секвестров применяли компьютерную томографию, абсцессографию (трансторакальное введение в полость деструкции водорастворимых рентгеноконтрастных препаратов).

В посевах 27% больного высеян стафилококк, у 20% стрептококк, у 19% - кишечная палочка, у 18% - протей, у 7,2% синегнойная палочка в ассоциации или монокультуре, у 2,1% - непатогенные бактерии и у 6,7% - бактериоиды.

Антибиотикограммы выявили низкую чувствительность стафилококка к пенициллину и стрептомицину, которые чаще всего применяются для лечения предшествующих осложнениям легочных деструкций. Так, в 19 случаях из 60 микрофлора была чувствительна к стрептомицину, в 18 – к пенициллину. Самая высокая чувствительность наблюдалась к клафорану - 44, гентамицину и канамицину - 42, левомицетину, ампициллину и метициллину - 34, полимиксину - 7.

Общей направленностью лечения больных с острыми гнойно-деструктивными заболеваниями легких явилась комплексная интенсивная терапия. Оперативные вмешательства производили по строгим показаниям.

При выборе метода лечения мы учитывали тяжесть заболевания (индексы Марчука, индекс Kitamura S.L., SAPS, шкала Глазко), характер патологического процесса и его локализацию (периферическое и центральное расположение участка распада, наличие или отсутствие прорыва в плевральную полость), чувствительность флоры к антибиотикам.

Основная задача при лечении острых абсцессов легких заключается в наиболее быстрой эвакуации гнойного содержимого из полости абсцесса, что способствует уменьшению перифокальной инфильтрации, восстановлению полноценного бронхиального дренажа и облитерации полости [14].

Одним из методов лечения, позволяющих решить эту задачу является трансторакальное дренирование полости абсцесса. Такое дренирование позволяет быстро эвакуировать гной из полости, осуществлять постоянную санацию ее через дренаж, что приводит к ликвидации острого воспалительного процесса в полости абсцесса и окружающей легочной ткани. Основными показаниями к применению этого метода были

большие одиночные абсцессы расположенные субкортикально. Полное выздоровление наступило у 35 (50,7%) из 69 больных. Клиническое выздоровление с исходом в сухую остаточную полость наблюдалось у 23 (33,3%) больных. 7 (10,1%) больным произведена радикальная операция.

Отсутствие эффекта от консервативной терапии чаще всего зависит от неадекватной эндобронхиальной санации полости абсцесса. В таких случаях нами применялась микротрахеостомия с подведением катетера в бронх, дренирующий абсцесс, и промывание полости абсцесса растворами детергента хлоргексидина (1:10000). Микротрахеостомия показана при хорошо дренируемых легочных гнойниках любой локализации. Этот метод применен у 23 (8,6%) больных. У 13 (56,5%) наступило полное выздоровление, 9 (39,1%) выписаны с сухими остаточными полостями, 1 (4,3%) больной оперирован из-за легочного кровотечения.

Большинство бронхолегочных заболеваний носит первично-сегментарный характер, поэтому патологический процесс в легочной ткани сопровождается различной степени поражением дренирующих бронхов [5]. В этих случаях мы считаем показанной сегментарную катетеризацию бронхов. Она была произведена у 33 (12,4%) больных. Во всех случаях сегментарная катетеризация бронхов сочеталась с эндобронхиальной санацией. В данной группе больных из 33 у 17 (51,5%) наступило выздоровление, у 11 (33,3%) остались сухие полости, 2 (6,1%) погибли, 3 (9,1%) больным произведена радикальная операция.

Внутриартериальный способ введения лекарственных веществ имеет ряд преимуществ перед другими, ибо он дает возможность в короткое время и в большей концентрации доставить препарат в пораженный орган [1,9-12].

Для достижения максимальной концентрации вводимых препаратов в очаге воспаления 28 (29,4%) больным при поступлении в стационар устанавливался ангиографическим методом трансфеморальным доступом внутриартериальный катетер у устья бронхиальной артерии (при одностороннем процессе) или дуге аорты (при двустороннем процессе) с проведением длительной внутриартериальной катетерной терапии на протяжении 4-6 суток. Лечение включало внутриартериальное болюсное введение антибактериальных препаратов в 2-3 комбинациях; коррекция нарушений негазообменной функции легких [1,16]: внутриартериальное введение средств белково-синтетического усиления (альбумин, альвезин+ретаболил) с одновременным внутривенным введением препаратов эстерифицированных жиров, пероральный прием полиена или полиен-экста по 150 мг в сутки, тугопаленных жиров, 40% этилового спирта; осуществлялась также стимуляция иммунных сил организма - введение

свежецитратной крови, антистафилакокковой плазмы, антистафилакоккового гамма-глобулина, стафилококкового анатоксина, ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс); регионарная внутриартериальная противовоспалительная терапия (преднизолон); коррекция обмена электролитов; дезинтоксикационная (гемодез, желатиноль); антикоагулянтная (фраксипарин) и дезагрегантная (реополиглюкин, трентал и др.) терапия.

Цефалоспорины (цефтриаксон, лендацин, фортум, роцефин) и аминогликозиды (амикацин, амикин, гентамицин, нетромицин) назначали внутриартериально в максимально ударных дозах в первые сутки соответственно, т.к. бактериоцидного действия удавалось добиться при концентрации антибиотика в крови, в 2-4 раза превышающую среднюю терапевтическую [4]. На сегодняшний день несомненная роль неклостридиальных анаэробных микроорганизмов в развитии легочных деструкций [5], поэтому нами внутриартериально применялся метронидазол (метрогил, эфлоран, клион) до 3000 мг в сутки.

Этот метод мы применяли у больных: 1) с прогрессирующим течением гангрены легкого и резко выраженной гнойной интоксикацией; 2) с распространенной гангреней легкого; 3) с центральной локализацией абсцесса.

Из 18 (29,4%) больных у 32 (67,6%) наступило выздоровление, у 5 (9%) остались сухие полости, 2 (2,6%) больных погибли от прогрессирования сепсиса, 7 (9%) оперированы в ремиссии.

Легочные деструкции, осложненные пиопневмотораксом или эмпиемой плевры, могут протекать по плевральному или плевролегочному типу [5,16,18]. Плевральный тип наблюдается при субплевральных абсцессах, не сообщающихся с бронхиальным деревом. Если такие сообщения и имели место, то после опорожнения в плевральную полость абсцесс спадает и в ходе лечения заживает с развитием очагового фиброза, дальнейшее течение заболевания в основном определяется эмпиемой плевры [5]. Следовательно, лечение должно быть направлено на ликвидацию эмпиемы плевры.

Плевролегочный тип осложненных деструкций легких имеет более тяжелое течение, так как пиопневмоторакс или эмпиема плевры поддерживаются основным процессом, лечение в данном случае направлено на активную санацию трахеобронхиального дерева, полости абсцесса и гнойного процесса плевры [15,17,18].

Лечение плевральные осложнения ОГДЗЛ начинали с диагностической плевральной пункции с последующим применением одного из двух методов закрытого дренирования. Мы согласны с авторами, считающими, что следует расширить показания к дренированию по сравнению с пункциями [18,19]. В связи с этим пункционное лечение мы заменили

микроторакоцинтезом, который выполняется по методу Сельдингера после первичной пункции плевральной полости. Микродренирование плевральной полости производилось нами при ограниченных, ненапряженных пиопневмотораксах и эмпиемах плевры, содержащих жидкий гной без запаха, с тенденцией к очищению и уменьшению гнойной полости; бронхоплевральные свищи небольших размеров в процессе лечения закрываются фибринозными плевральными наложениями.

Показаниями к закрытому макродренированию были напряженный пиопневмоторакс, наличие более 200-300 мл густого гноя, тяжелая интоксикация, неэффективность микроторакоцинтеза в течение 2-3 дней.

Для санации плевральной полости использовали озонированный 0,9% раствор хлористого натрия (при отсутствии бронхоплеврального свища), электролизированный раствор гипохлорита натрия в концентрации 0,08-0,15 мг/л, 0,1% диоксидин с водорастворимыми мазями (левамиколь, диоксиколь).

Из 20 (26,4%) больных только у 11 (15,7%) удалось излечить эмпиему плевры микроторакоцинтезом. 49 (84,3%) больным производилось закрытое макродренирование плевральной полости двухпросветной силиконовой трубкой типа ТММК с наружным диаметром 0,5-1,0 см, из них 4 (6,8%) производилось двойное закрытое дренирование с постоянным капельным орошением плевральной полости растворами гипохлорита натрия в концентрации 0,08 мг/л через верхнюю трубку с активной аспирацией через нижнюю трубку. Двухпросветная трубка удобна при ограниченных эмпиемах плевры. Постоянное орошение плевральной полости озонированным 0,9% раствором хлористого натрия возможно только при отсутствии бронхоплеврального свища. Из 59 (84,3%) больных, которым проводилось дренирование закрытым способом с активной аспирацией, клиническое выздоровление достигнуто у 52 (88,1%).

Мы считаем, что закрытое дренирование с активной аспирацией, если и не дает полного излечения, то способствует ограничению эмпиемы при ее тотальной форме с образованием вокруг плевральных спаек. Это предупреждает коллабирование легкого при открытом дренировании полости эмпиемы. У 7 (11,9%) больных методом закрытого дренирования удалось добиться санации и уменьшения полости эмпиемы, что явилось предоперационной подготовкой к плеврэктомию и декорткации. Одним из осложнений закрытого дренирования является флегмона мягких тканей грудной стенки, 1 (1,7%) больному с таким осложнением произведено открытое дренирование.

Учитывая наш опыт, мы полностью отказались от таких калечащих операций, как пневмотомия. Показаниями к операции резекции легких при острых абсцессах, у больных перенесших COVID-19 считаем массивные кровотечения, не поддающиеся

консервативным мероприятиям (включая острую эмболизацию бронхиальной артерии на стороне поражения и паралоновой обтурации регионарного бронхиального сегмента), неэффективность лечения в течение более 2 месяцев, т.е. практически в хронической стадии.

Выводы:

1. Лечение ОГДЗЛ должно быть дифференцированным и комплексным;
2. Эффективным методом лечения ОГДЗЛ является местное применение антибактериальных препаратов в больших дозах путем длительной селективной внутриартериальной катетерной терапии;
3. При плевральных осложнениях ОГДЗЛ следует расширить показания к дренированию:
 - микродренирование плевральной полости эффективно при ограниченных, ненапряженных пиопневмотораксах и эмпиемах плевры, содержащих жидкий гной без запаха, с тенденцией к очищению и уменьшению гнойной полости;
 - показаниями к закрытому макродренированию являются напряженный пиопневмоторакс, наличие более 200 - 300 мл густого гноя, интоксикации;
4. Резекция легких при острых абсцессах не может считаться обоснованной и допустима лишь при особых показаниях (кровотечение, неэффективность всех неоперативных методов лечения свыше 2 месяцев).

Список использованной литературы:

1. Бабаярова Ш.У., Охунов А.О., Комарин А.С. Активность NO-системы в легких после различных объемов их резекции // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 2012. Т. 56. № 1. С. 29-32.
2. Вакуум-терапия ран при хирургической инфекции мягких тканей/Ю.М. Гаин, П.В. Бордаков, В.Н. Бордаков, С.В. Шахрай и др.//Военная медицина. 2016. № 4 (41). С. 64-72.
3. Изучение процессов свободнорадикального окисления у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей/Т.З. Закиев, С.Р. Туйсин, О.В. Галимов, А.Р. Гильфанов, Р.Д. Сагдиев//Казанский медицинский журнал. 2015. Т. 96. № 3. С. 302-306.
4. Микробиологические аспекты гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей (клинико-экспериментальное исследование)/О.А. Беляева, И.В. Кароль, Г.В. Филоненко, Р.П. Андрюшкина//Экстренная медицина. 2018. № 2. С. 173-183.

5. Оптимизации методов диагностики и лечения острых абсцессов и гангренов легких у больных сахарным диабетом/Б.Д. Бабаджанов, А.Р. Бобабеков, А.О. Охунов, И.С. Саттаров//Врач-аспирант. 2012. Т. 51. № 2.3. С. 484-489.
6. Охунов А.О., Пулатов У.И., Охунова Д.А. Инновационный взгляд на патогенез хирургического сепсиса. Результаты фундаментальных исследований//Издательство: LAP LAMBERT Academic Publishing RU/2018. 145 с
7. Охунов А.О., Пулатов У.И., Охунова Д.А. Случай особенности клинического течения гнойно-воспалительного заболевания мягких тканей на фоне сахарного диабета/В сборнике: EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY Collection of scientific articles XLI International scientific and practical conference. 2018. С. 88-92.
8. Охунов А.О., Пулатов У.И. Диагностика и лечение тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей на фоне сахарного диабета//Проблемы современной науки и образования. 2018. № 8 (128). С. 82-88.
9. Охунов А.О., Пулатов У.И., Охунова Д.А. Клинико-лабораторная характеристика течения раневого процесса мягких тканей//Вестник науки и образования. 2018. № 9 (45). С. 104-110.
10. Применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в лечении пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, костей и суставов/А.Г. Сонис, М.Ю. Сефединова, М.А. Безрукова и др.//Аспирантский вестник Поволжья. 2016. № 5-6. С. 162-167.
11. Программа прогнозирования развития тяжелого сепсиса на фоне некротического фасциита/О.Т. Саттаров, А.О. Охунов, Ё.Х. Азизов, И.А. Зиякулов, Б.О. Сахобов//Врач-аспирант. 2011. Т. 48. № 5.2. С. 314-322.
12. Прогнозирование генерализации инфекции при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей на фоне сахарного диабета/ А.О. Охунов, Б.Д. Бабаджанов, У.И. Пулатов, Б.Н. Тавашаров.
13. European Journal of Biomedical and Life Sciences. 2016. № 4. С. 27-30. Саттаров О.Т., Азизов Е.Х., Охунов А.О. Нереспираторная функция легких при их гнойно-воспалительных заболеваниях//Врач-аспирант 44 (1.1), 205-210
14. Специфические изменения содержания лактоферрина в различных пробах крови при экспериментальной модели острого респираторного дистресс-синдрома экстрапульмонального генеза/А.О. Охунов, О.Т. Саттаров, Ё.Х. Азизов, И.А. Зиякулов, Б.О. Сахобов//Врач-аспирант. 2011. Т. 46. № 3.3. С. 445-449.

15. Anagnostakos, K. Bacteria identification on NPWT foams: clinical relevance or contamination / K. Anagnostakos, P. Mosser // Wound Care. – 2014. – Vol. 23. – P. 191–194.
16. Okhunov A.O., Bozaripov S.J., Sattarov O.T. The condition of endothelial system under nephropathy genesis//European science review. 2016. № 11-12. P. 84-88.
17. Orgill, D. P. Negative pressure wound therapy: past, present and future / D. P. Orgill, L. R. Bayer // Int. Wound J. – 2013. – Vol. 10, Suppl 1. – P. 15–9.
18. Schintler M.V. Negative pressure therapy: theory and practice / M. V. Schintler // Diabetes Metab. Res. Rev. – 2012. – Vol. 28, Suppl. 1. – P. 72–77.
19. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: animal studies and basic foundation / M. Morykwas [et al.] // Ann. Plastic Surg. – 1997. – Vol. 38 (6). – P. 553–562.

УРОВЕНЬ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (КГМУ)

Бычкова К.В., Рындина В.В.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Достаточно часто освоение профессиональных владений и умений в период обучения в ВУЗе сопровождается повышенным уровнем стресса. Обучение в высшем учебном заведении представляет собой сложный процесс, в ходе которого студенты нередко находятся в состоянии постоянного напряжения вследствие недостаточной адаптации к обучению в высшем учебном заведении, нехватки времени, повышенной умственной нагрузки.

Наиболее выраженный стресс студенты испытывают во время экзаменационной сессии. Особенно остро проблема экзаменационного стресса стоит у студентов медицинских ВУЗов, что связано с большой длительностью обучения, значительными объемами учебного материала, большой ответственностью в будущей профессии.

Цель данной работы – определить уровень экзаменационного стресса у студентов Курского государственного медицинского университета (КГМУ), а также проанализировать причины возникновения экзаменационного стресса.

Материалы и методы. Нами был проведен социологический опрос среди студентов Курского государственного медицинского университета. Участникам исследования было предложено ответить на вопросы опросника шкалы психологического стресса PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона, также респондентам предлагалось ответить на вопросы о причинах возникновения стресса в период экзаменационной сессии.

Результаты исследования. В социологическом исследовании приняло участие 324 студентов лечебного факультета Курского государственного медицинского университета – 219 девушек (67,59%) и 105 юношей (32,41%). Средний возраст респондентов составил $26,4 \pm 1,2$ лет. Распределение студентов, принявших участие в опросе, по курсам: 1 курс – 16%, 2 курс – 17%, 3 курс – 18%, 4 курс – 17%, 5 курс – 17%, 6 курс – 15%.

В ходе проведенного исследования было установлено, что показатель уровня стресса у студентов лечебного факультета КГМУ в период экзаменационной сессии по шкале психологического стресса PSM-25 составил 118,49, что соответствует среднему уровню.

Наибольший уровень стресса наблюдался у студентов 1 и 3 курса – 134,4 и 129,1 соответственно ($p \leq 0,05$). Столь высокие показатели уровня психологического стресса у первокурсников можно объяснить ещё не полностью сформировавшейся адаптацией к процессу обучения в медицинском ВУЗе. Кроме того, для студентов 1 курса экзаменационная сессия будет их первой сессией в жизни. Повышенный уровень тревожности и страха студентов 3 курса можно объяснить слишком большим объемом информации, который нужно освоить за один год.

Наименьший уровень стресса наблюдался у студентов 4 курса КГМУ – 91,76 по шкале психологического стресса PSM-25.

В процессе исследования нами было установлено, что между курсом обучения и уровнем стресса обратная средняя связь (коэффициент корреляции составил $r = -0,54$ ($p \leq 0,05$)), чем взрослее обучающийся, тем меньше уровень стресса у него во время экзаменационной сессии. Это связано с адаптацией и накоплением знаний за период обучения. На рисунке 1 представлена зависимость уровня стресса респондентов от курса обучения. Показатели стресса на 5 и на 6 курсах выше, чем на 4 курсе, что связано с осознанием обучающимися важности изучаемого материала для будущей профессии и применение теоретических знаний на практике.

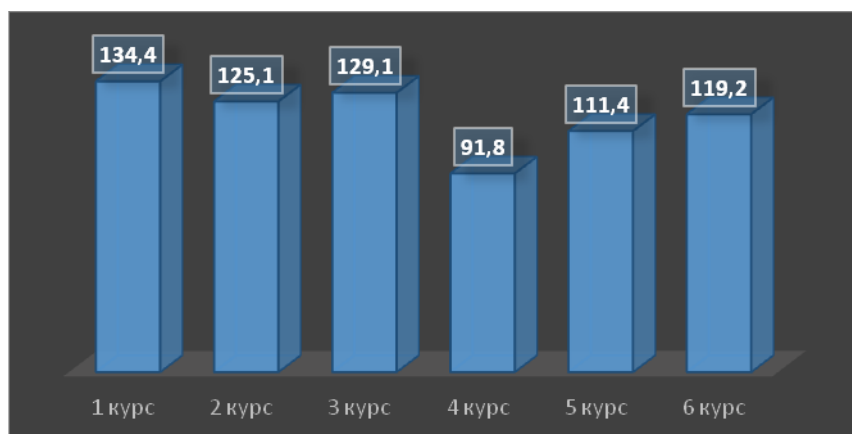


Рисунок 1. Уровень стресса студентов КГМУ в зависимости от курса обучения

Наиболее частыми причинами экзаменационного стресса были неуверенность в собственных силах и знаниях (29,9%), страх лишиться стипендии (29%), нехватка времени на качественное повторение и систематизацию учебного материала (22,2%), боязнь не оправдать надежд окружающих (16,4%).

Выводы. Таким образом, повышенный уровень тревоги и стресса в период экзаменационной сессии является распространенной проблемой среди студентов-медиков. Частое психоэмоциональное перенапряжение может приводить к депрессии и неврозам, что в свою очередь нарушает процесс освоения образовательной программы, и представляет опасность для здоровья студентов. Студентам важно контролировать свое психоэмоциональное состояние в период обучения и стараться избегать длительного воздействия стрессорных факторов на организм.

Список литературы

1. Влияние экзаменационного стресса на психологическое состояние студенток I курса медицинского колледжа / И. А. Корабельникова [и др.] // International Journal of medicine and psychology. – 2020. – Т.3, № 1. – С.147-152.
2. Лавров, О.В. Экзаменационный стресс: кластерноиммунологическая модель / О. В. Лавров, И. П. Балмасова. – М., 2014. – 255 с.
3. Шкала психологического стресса PSM-25. – URL: https://studme.org/124953/psihologiya/shkala_psihologicheskogo_stressa (дата обращения: 29.04.22).

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ, ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Вавилина Е.С.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Провоспалительные цитокины и факторы роста рассматриваются в качестве иммунологических маркеров риска сердечно-сосудистых осложнений. Подагра часто ассоциирована с несколькими кардиоваскулярными факторами риска, поэтому представляет интерес исследование их влияния на развитие нарушений иммунного статуса у больных подагрой, что позволит предупредить неблагоприятные исходы и улучшить прогноз.

Цель исследования. Проанализировать динамику провоспалительной цитокинемии и уровня трансформирующего фактора роста $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$) у больных подагрой в

зависимости от выраженности гиперурикемии (ГУ), наличия ожирения и артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. В исследование были включены 45 мужчин с первичной подагрой в возрасте от 38 до 65 лет. Диагноз удовлетворял критериям подагры ACR/EULAR, 2015. Группу контроля составили 15 здоровых мужчин.

АГ верифицировали у 14 больных подагрой (при АД $\geq$ 140/90 мм рт.ст. по данным суточного мониторинга), ожирение - у 11 пациентов с индексом массы тела (ИМТ) $\geq$ 30 кг/м², комбинацию АГ и ожирения - у 13 больных подагрой. Сывороточное содержание фактора некроза опухоли (ФНО)- α , интерлейкина (ИЛ)-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 исследовали методом твердофазного иммуноферментного анализа (НПО «Протеиновый контур», Россия), ТФР- β ₁ - иммуноферментным методом (Amersham Pharmacia Biotech). Больные подагрой были разделены на 3 группы: 15 больных - с низкой ГУ до 480 мкмоль/л, 18 - с умеренной ГУ (480-600 мкмоль/л), 12 - с высокой ГУ (более 600 мкмоль/л).

Результаты. У обследованных больных наблюдалось статистически значимое повышение сывороточного содержания ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, нарастающее с увеличением концентрации мочевой кислоты (МК) крови. Так, при ГУ>600 мкмоль/л уровень ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 крови достоверно превышал данные показатели не только при низкой степени выраженности ГУ, но и при умеренной. Установлено наличие прямой корреляционной связи между уровнем МК в крови и содержанием иммунологических маркеров риска сердечно-сосудистых осложнений: ФНО- α ($r=0,75$, $p<0,01$), ИЛ-1 β ($r=0,65$, $p<0,05$), ИЛ-6 ($r=0,69$, $p<0,05$), ИЛ-8 ($r=0,68$, $p<0,05$).

Сывороточная концентрация ТФР- β ₁ у больных подагрой была значимо выше контрольного показателя. Наибольшее содержание ТФР- β ₁ выявлено у больных подагрой на фоне высокой ГУ с сопутствующими АГ и ожирением ($92,5\pm 6,2$ пг/мл, $p<0,05$). Определена прямая корреляционная связь между уровнями ТФР- β ₁ и урикемии у больных подагрой ($r=0,63$, $p<0,01$).

Отмечена большая выраженность провоспалительной цитокинемии у больных подагрой при наличии ожирения в сравнении с группой пациентов с АГ. Сывороточные концентрации ФНО- α и ИЛ-6 у больных подагрой с ожирением на 22,0% и 19,5% соответственно превышали аналогичные показатели в крови больных подагрой с АГ. При комбинации АГ с ожирением выявлены максимальные уровни ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ИЛ-8 в крови обследованных больных.

Достоверной разницы по сывороточному содержанию ТФР- β ₁ у больных подагрой при сопутствующих АГ и ожирении не наблюдалось.

Выводы. 1. У больных подагрой провоспалительная цитокинемия и сывороточное содержание ТФР-β1 в большей степени коррелируют с уровнем урикемии, в меньшей – с наличием ожирения и АГ. 2. Максимальная активность иммунного воспаления у больных подагрой установлена при сочетании высокой ГУ, АГ и ожирения.

CLINICAL CASE OF EXUDATIVE PERICARDITIS IN PATIENT WITH LYMPHOGRANULOMATOSIS

Vavilina E.S., Abeyasinghe Hasod Navoditha Herath

Kursk State Medical University, Russia

Introduction. Pericarditis has a wide spectrum of causes. Pericarditis is observed in 10-15% of patients exposed to mediastinal irradiation and in 5% of patients with lymphogranulomatosis treated according to modern combination therapy protocols. This article describes the problem of pericarditis etiology verifying in the patient with anamnesis of Hodgkin's lymphoma and discussion about most possible reasons of pericardial effusion.

Materials and methods. The study presents the difficulties of pericarditis diagnosis in according clinical case (case history) of patient with exudative pericarditis and lymphogranulomatosis in remission.

Description of clinical case. Patient P., aged 42, was admitted to the cardiology department with complaints of constant, low-intensity, dull pain in the heart area, not dependent on physical activity, palpitations, general weakness, episodic feeling of lack of air during moderate physical exertion, fever up to 37.6 C. From the anamnesis: 16 years ago the patient underwent courses of radiation and chemotherapy, splenectomy for lymphogranulomatosis with the achievement of remission.

Objectively, the patient's condition is satisfactory. Peripheral lymph nodes are not enlarged. Heart sounds are muffled, the rhythm is regular. Systolic-diastolic murmur is over the aorta. Heart rate – 98 /min. BP-120/80 mm Hg. Liver is at the edge of the costal arch.

Laboratory tests: Common blood test at admission: WBC-22,1x10⁹/l, ESR-21 mm/h, in dynamics - WBC-6,4x10⁹/l, ESR-30 mm/h.

C-reactive protein at admission was highly positive, in dynamics - negative.

ECG: moderate sinus tachycardia. Echocardiography: aortic valve (AV) stenosis, I degree and AV regurgitation of the II degree; LV ejection fraction - 65%, pericardial effusion (200 ml), fluid in the left pleural cavity up to 250 ml, in the right - up to 100 ml. Transesophageal echocardiography: signs of AV degeneration, pericardial effusion till 250 ml.

Chest computed tomography: paratracheal, bifurcation, anterior mediastinal and prevertebral lymph nodes are enlarged to 12-14 mm, pericardial fluid up to 4 mm. Diagnostic pericardiocentesis: received 40 ml of serous, turbid fluid with chronic inflammatory process without atypical cells. Left-sided thoracocentesis: pleural fluid with signs of chronic inflammation. No data were obtained for the tuberculous nature of pericarditis, rheumatological, urological pathology and hypothyroidism. The patient's condition were improved during treatment. The patient was discharged with a diagnosis: Exudative pericarditis of unspecified origin. Diagnostic pericardiocentesis. Aortic valve defect (Aortic stenosis I degree + aortic insufficiency with regurgitation of II degree). CHF IIA (FC II). Bilateral pleurisy. Left-sided thoracocentesis. Lymphogranulomatosis St IIIB, CGIII, remission. Splenectomy.

Conclusions. The etiology of pericarditis in this patient was not be verify during his comprehensive examination in the cardiology department. It is necessary the additional examination in a specialized hospital with pericardioscopy and a biopsy of the pericardium. Taking into account the data of the anamnesis, the results of chest CT, the inflammatory nature of the pericardial and pleural fluids, a second consultation of oncologist was recommended to exclude the recurrence of lymphogranulomatosis. Post-radiation pericarditis also may developed in the long term, 16 years after thoracic radiotherapy. Aortic heart disease in a patient is probably due to radioinduced damage to the aortic valve with its fibrosis and dysfunction.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУЗ "КОКБ", ПЕРЕНЕСШИХ НЕВРОПАТИЮ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Власова Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Невропатия лицевого нерва – заболевание, характеризующееся дегенеративными изменениями лицевого нерва, приводящее к парезу и/или параличу мимической мускулатуры с развитием тяжёлых функциональных, эстетических и психологических нарушений [1, с.8]. Сложность и продолжительность процесса восстановления функциональной активности мимической мускулатуры являются основными факторами инвалидизации и социальной дезадаптации данной группы пациентов.

Материалы и методы. Было проведено исследование и разработана анкета, респондентами которой стали пациенты неврологического отделения ОБУЗ "КОКБ", перенесшие невропатию лицевого нерва. Всего- 40 пациентов.

Результаты. В ходе обработки результатов было установлено, что невропатия лицевого нерва встречается с одинаковой частотой как у мужчин (47,5%), так и у женщин (52,5%). Преимущественный возраст развития – от 30 до 49 лет. Невропатия лицевого нерва в большинстве случаев является идиопатической (62,5%) и носит название паралича Белла. Так же причинами развития заболевания является: травма (перинатальная, перелом височной кости, огнестрельные раны, проникающие повреждения и др.) – 2,5%, неврологические нарушения (лакунарный или стволовой инсульт, синдром Гийена-Барре, миастения, рассеянный склероз и др.) – 10%, неопластические процессы (шваннома, менингиома, гемангиома, малигнизация околоушной железы и др.) – 2,5%, хирургические вмешательства (на головном мозге, среднем ухе, в области сосцевидного отростка, околоушной железы и др.) – 2,5%, инфекции (вирусные: ветряная оспа, опоясывающий лишай, ВИЧ; отит среднего уха; холеастома; некротизирующий отит среднего уха; остеомиелит основания черепа; болезнь Лайма и др.) – 10%, метаболические нарушения (сахарный диабет, беременность, дефицит витамина А) – 5%, генетические заболевания (синдром Мелькерссона Розенталя, болезнь Альберс-Шенберга, синдром Мёбиуса, синдром Гольденхара) – 5%.

Так же в ходе исследования было установлено, что эффективность восстановления функций лицевого нерва зависит от:

1. Своевременности обращения за медицинской помощью с момента проявления первых симптомов: пациенты, обратившиеся сразу же с момента проявления первых симптомов (45%) - полный регресс симптомов составляет 90%; пациенты, обратившиеся через 1-2 дня с момента проявления первых симптомов (47,5%) - полный регресс симптомов составляет 84%; пациенты, обратившиеся через 3-4 дня с момента проявления первых симптомов (7,5%) - полный регресс симптомов составляет 70%;

2. Времени начала клинического улучшения с момента лечения: в течение первой недели (40%) – полный регресс симптомов составляет 90%; в течение второй недели (42,5%) – полный регресс симптомов составляет 88%; в течение третьей недели (15%) - полный регресс симптомов составляет 70%; после четырёх недель (2,5%) – полный регресс симптомов составляет 61%. У пациентов с парезом мимических мышц (90%) выздоровление составляет 90%; аналогично у пациентов с пlegией мимических мышц (10%) – 60%.

Исход заболевания среди опрошенных пациентов: выздоровление (90%), наличие остаточных симптомов (10%).

Неблагоприятными факторами в прогнозе выздоровления являются: сахарный диабет (2,5%) и артериальная гипертензия (2,5%).

Проводимые методы реабилитации, опрошенных пациентов: массаж (95%), лечебная физическая культура (90%), физиотерапия (87,5%), витаминотерапия (80%), рефлексотерапия (75%), психотерапия (62,5%).

Выводы. В ходе проведенного исследования людей, перенёсших невропатию лицевого нерва, было выявлено, что своевременность лечения и раннее начало клинического улучшения с момента развития заболевания, позволяют избежать мышечной атрофии и ускорить реабилитацию.

Для оказания комплексной помощи и обеспечения полной реабилитации людей с нейропатией лицевого нерва необходима комплексность методов (массаж, лечебная физическая культура, физиотерапия, витаминотерапия, рефлексотерапия, психотерапия), что значительно ускоряет реабилитацию и снижает инвалидизацию пациентов.

Список используемой литературы.

1. Клинический протокол медицинской помощи пациентам с нейропатией лицевого нерва. Москва: Ассоциация челюстно-лицевых хирургов и хирургов-стоматологов; 2014. С 8.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Госсельбах Д.А., Ракунова О.М., Кичигина А.О.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Аннотация. В данной статье проводится оценка эффективности комплекса физической реабилитации у пациентов, перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. В ходе исследования выделены две группы пациентов - основная, которой был назначен курс физической реабилитации, и контрольная. По окончании курса в ходе анализа данных обследования больных двух групп с помощью теста 6-минутной ходьбы выявлена положительная динамика в повышении толерантности пациентов к физическим нагрузкам, стабилизации состояния и улучшении качества жизни. По результатам исследования сделан вывод, что применение комплекса физических упражнений оказывает эффективное влияние на реабилитацию пациентов, перенесших ИМпST.

Ключевые слова. Физическая реабилитация, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, подъем сегмента ST, NYHA.

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) одна из самых распространенных причин смерти не только в России, но и во всем мире. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, от сердечно-сосудистых заболеваний ежегодно в мире

погибает более 17 млн. человек, в структуре смертности они стойко занимают первое место (53 %). Острый инфаркт с подъемом сегмента ST (ИМпST) является одной из самых тяжелых форм ИБС, нередко приводящий к летальному исходу или потери трудоспособности. Важным достижением мировой медицины стало развитие программ вторичной профилактики и постгоспитальной реабилитации больных, которые существенно меняют ситуацию развития повторных ИМ и позволяют вернуть к трудовой деятельности более 80% пациентов [2, 3].

Цель исследования — провести оценку эффективности комплекса физической реабилитации у пациентов перенесших инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы исследования. В основу исследования положены данные обследования 40 больных ИБС в возрасте от 35 до 60 лет, которые за текущий год перенесли ИМпST. Все пациенты разделены на 2 группы в зависимости от проведенной физической реабилитации: основная группа, состоящая из 20 человек, в которой проводились дозированные физические тренировки (ФТ), и контрольная группа, включающая в себя 20 человек, в которой физическая реабилитация не проводилась. С учетом переносимости пациентов физических нагрузок (ФН) была составлена индивидуальная программа физической активизации больных. Общий курс физической реабилитации состоял из 3 этапов: подготовительного (10-12 занятий продолжительностью 40 минут), основного (25 занятий продолжительностью 50 минут) и поддерживающего (50-55 минут до окончания курса ФТ) [1]. До и после окончания курса реабилитации у всех пациентов выполнялся тест с 6-минутной ходьбой, на основании результатов которого была проведена оценка толерантности к ФН с определением функционального класса (ФК) больных с ИБС. Параметры физической деятельности и потребления O₂ у пациентов с разными ФК по шкале NYHA представлены в табл. 1.

Результаты исследования. В большинстве случаев у перенесших инфаркт миокарда больных отмечалось полное отсутствие или незначительное ограничение физической активности, сопровождающееся появлением усталости, сердцебиением и одышкой (что соответствует I и II ФК по шкале NYHA). 14% больных, перенесших инфаркт миокарда, за 6 минут прошли в среднем 560 ± 5 м, потребление кислорода составило $23,7 \pm 1,4$ мл/кг*мин, что соответствует 0 ФК по NYHA. 40% больных, перенесших инфаркт миокарда, за 6 минут прошли в среднем $480 \pm 3,7$ м, потребление кислорода составило $20,6 \pm 1,3$ мл/кг*мин, что соответствует I ФК по NYHA. У 38% больных зарегистрирована II степень ФК по NYHA. За 6 минут было пройдено $400 \pm 6,7$ м, а потребление кислорода составило $15,8 \pm 1,5$ мл/кг*мин. У остальных 8% пациентов, участвующих в исследовании,

дистанция составила $265 \pm 5,3$ м, потребление кислорода – $12,1 \pm 1,6$ мл/кг*мин, что указывает на III ФК по NYHA.

Таблица 1. Параметры физической деятельности и потребления O₂ у пациентов с разными ФК по шкале NYHA

ФК по NYHA	Дистанция 6-минутной ходьбы, м	Потребление O ₂ , мл/кг*мин
0	Более 551	Более 22,1
I	От 426 до 550	18,1 - 22,0
II	От 301 до 425	14,1 - 18,0
III	От 151 до 300	10,1 - 14,0

Пациентам, которые вошли в основную группу, была предложена индивидуальная программа физической реабилитации, которая проводилась в течение 3 месяцев. По окончании реабилитационного курса выполнен повторный тест 6-минутной ходьбы, по результатам которого наблюдается положительная динамика в повышении толерантности пациента к физическим нагрузкам, стабилизации состояния и улучшении качества жизни. 0 ФК по NYHA зарегистрирована у 15% пациентов, прошедших курс реабилитации. Дистанция 6-минутной ходьбы составила $565 \pm 4,2$ м, потребление кислорода – $23,9 \pm 1,6$ мл/кг*мин. Повысилось число пациентов, относящихся к I ФК по NYHA (42%). 37% пациентов по результатам теста с 6-минутной ходьбой соответствуют II ФК по NYHA. У 6% больных зарегистрирована III степень ФК по NYHA, что указывает на снижение числа пациентов в этой группе в сравнении с исходными данными. В основной группе увеличение общей устойчивости к физическим нагрузкам выявлено у 100% пациентов. Данные представлены на рисунке 1. В группе сравнения повышение толерантности к ФН отмечается у 32% пациентов.

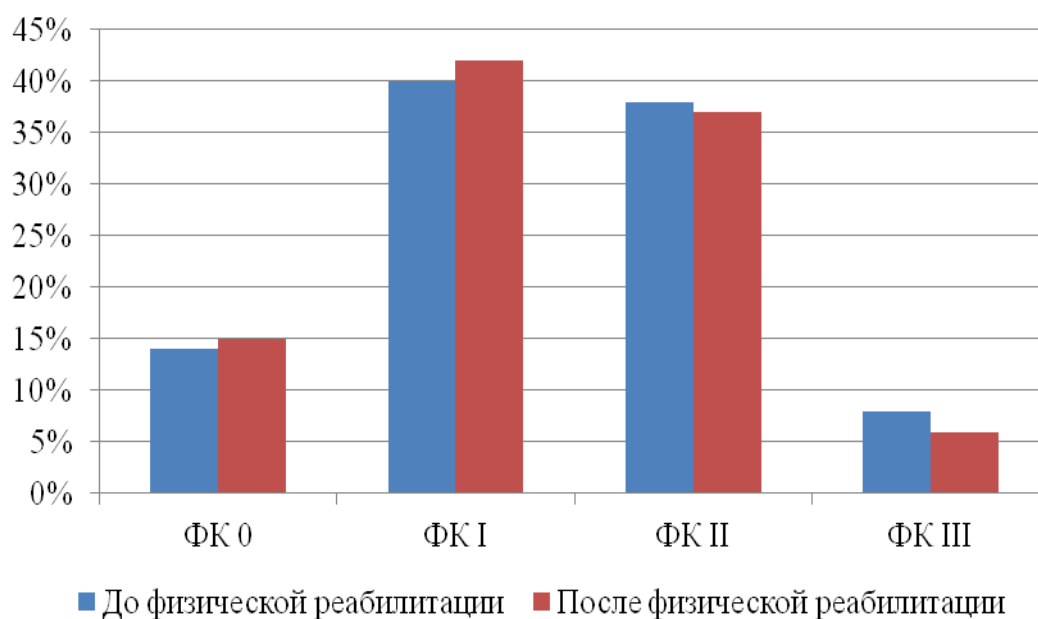


Рисунок 1. Оценка ФК у пациентов из основной группы до и после физической реабилитации

Выводы.

Таким образом, применение комплекса физических упражнений оказывает эффективное влияние на реабилитацию пациентов перенесших ИМпСТ. Индивидуальные программы физической реабилитации больных способствуют повышению толерантности к ФН, следовательно, улучшению прогноза заболевания и повышению качества жизни пациентов.

Список использованной литературы:

1. Бубнова М.Г., Аронов Д.М. Кардиореабилитация: этапы, принципы и международная классификация функционирования (МКФ) // Профилактическая медицина. 2020. № 5. С. 40-49.
2. Гальцева Н.В. Реабилитация в кардиологии и кардиохирургии // Клиницист. 2015. № 2. С. 13-22.
3. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. № 1. С. 5-10.

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ И КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Дехканова Н.Н., Жамолиддинова Н.Б.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация

Статья посвящена развитию современных инновационных и коммуникационных технологий в медицинском образовании. Предложенная модель цифровых трансформаций будет полезна при построении индивидуальных образовательных способностей учащихся. Основная задача цифровой технологии – систематизировать принципы учета индивидуальных особенностей личности образовательной траектории. Построена структурная схема механизма усвоения знаний с помощью современных инновационных и коммуникационных технологий со стороны студентов.

Ключевые слова: Цифровая технология, инфраструктура, информационные и образовательные ресурсы, интерактивная доска, геймификация (это технология адаптации игровых методов к неигровым процессам и событиям для большей вовлеченности участников в процесс).

Всем уже известно, что из-за жесточенных мер самоизоляции, современные инновационные и коммуникационные технологии во многих отраслях стала показательным примером будущих стандартов. А сфера образования – не исключение к тому.

Терминология «Цифровая трансформация в образовании» не является новшеством уже последнее десятилетие. Для многих стран, в том числе и для Узбекистана внедрение новых цифровых технологий в систему народного образования является фундаментальной частью развития страны. По мере того как сектор образования становится более конкурентоспособным, цифровая трансформация становится необходимым средством выживания, поскольку этот новый цифровой мир требует от преподавателей адаптации и внедрения цифровых технологий, методологий и мировоззрения. Для достижения глобальной конкурентоспособности высшего образования, необходимо создание современной и безопасной инновационных и коммуникационных технологий образовательной среды, обеспечивающей высокое качество и доступность образования всех видов и уровней, актуальность и значимость цифровой трансформации образовательного процесса вызвана глобальными процессами перехода к цифровой экономике и цифровому обществу.

Цифровую трансформацию вуза необходимо начинать с главного образовательного процесса. В системе образования предстоит серьёзный процесс реформирования, направленный на расширение возможностей традиционных моделей обучения на основе создание единого цифрового образовательного пространства. Цифровая трансформация образовательного процесса требует создания необходимой инфраструктуры, формирования соответствующей нормативно- правовой и научно-методической базы, обеспечивающей реализацию приоритетных проектов.

Цифровая трансформация сектора образования имеет множество противников, которые вызывают серьёзные опасения. К ним относятся возможность отвлечения внимания в аудитории, возможность неравного доступа между учащимся и отсутствию надзора за цифровыми источниками.

Проблема состоит в том, что особенно в секторе образования, эти данные разрознены, что часто делает их неточными и ненадёжными. Чтобы понять наиболее полезные и информационные данные, руководителям образования необходимо делать обоснованные прогнозы, принимать комплексные бизнес-решения и внедрять новые значимые образовательные инициативы, жизненно важно иметь возможность получать гибкие, современные, точные и организованные данные. Одной из важных целей трансформации вуза является создание единого информационного пространства образовательного учреждения, целью которого является обеспечение средствами современных информационных технологий требований к условиям реализации образовательных программ и возможности удалённого доступа обучающихся и научно-педагогических работников к информационным и образовательным ресурсам.

Цель трансформации образовательного процесса является максимальное использование потенциальных дидактических возможностей цифровых технологий. Среди интересных цифровых инноваций следует отметить быструю адаптацию онлайн-обучения, которое выражается в виде развития смешанных форм обучения и в актуальном развитии онлайн- курсов.

Методы дистанционного обучения, по крайней мере столь же эффективны, как и очные. Однако, как обсуждалось выше, необходима дополнительная работа для изучения их эффективности в конкретных дисциплинах. Другой важный аспект дистанционного образования связан с его доступностью. В принципе, как указано в декларации ЮНЕСКО, дистанционное обучение и онлайн - обучение должны соответствовать нескольким критериям, чтобы расширить, а не ограничивать доступ к образованию. Студенты на курсах дистанционного обучения представляют различные расовые и этнические особенности; например возраст, родные языки и стили обучения. Кроме того, всё большее

число учащихся с ограниченными возможностями участвуют в регуляторных курсах образования. Их инвалидность включает слепоту, слабое зрение, нарушения слуха, нарушения мобильности, нарушения обучения и нарушения здоровья.

Вероятно, что основными задачами на расстоянии является свободный доступ ко всем учащимся и равенство доступности.

В ходе современной инновационной и коммуникационной технологии образовательного процесса необходима полная автоматизация организационного управления образовательным процессом, которая предполагает комплексный мониторинг постоянно изменяющихся условий и повышает степень структурирования учебной деятельности вуза. Когда дело доходит до **Adtech**, преподавателям больше никогда не придётся беспокоиться об ограниченности ресурсов. Если учесть собственное программное обеспечение интерактивной доски с её возможностью подключения к Интернету, ресурсы практически безграничны. Они могут варьироваться от интеграции медиа до живых аннотаций и геймификации, но единственными ограничениями является творческий подход и технологическая грамотность педагога.

И в заключении нужно отметить, что цифровая технология в медицинском образовании становится необходимым средством выживания, поскольку этот новый цифровой мир требует от преподавателей адаптации и внедрения цифровых технологий, методологий и мировоззрения. Для достижения глобальной конкурентоспособности высшего образования, необходимо создание современной и безопасной инновационных и коммуникационных технологий образовательной среды, обеспечивающей высокое качество и доступность образования всех видов и уровней. Из своей практике я могу точно сказать, что быстрое развитие современных инновационных и коммуникационных технологий оказывает значительное влияние на корпоративные отрасли и открывает новые захватывающие возможности, повышает эффективность, расширяет сотрудничество и сокращает расходы.

Список литературы:

1.«Пять шагов к успеху цифровых преобразований в бизнесе», Computerworld Россия, 30 ноября 2016.

2.Гнатышина ЕВ., Саламатов Л,А, Цифровизация и формирование цифровой культуры: социальные и образовательные **аспекты**// Вестник Челябинского государственного педагогического университета, 2017, С, 19-23.

3.Калиниченко ЭБ, Иванова Л-М,, Раздобарова М.Н., Ланина А-13 Информационные технологии в языковом образовании: «Диалог Нибелунг» как средство формирования

иноязычной коммуникативной компетенции студентов //Ученые записки университета им. ПФ. Лесгафта. 2017 (147), С, 62-65.

4.Жарылгапова Д.М, Формирование у студентов интереса к самообразованию в системе внеаудиторных занятий: автореф. Дисс. канд- пед. наук: 1300,01: М., 2009

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ

Дехканова Н.Н., Жамолитдинова Н.Б.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Сегодня уже невозможно представить себе современную медицину без использования компьютеров, так как они являются неотъемлемым рабочим инструментом в различных сферах медицинской деятельности. Внедрение компьютерных технологий в медицину обеспечило высокую точность и скорость проведения различных исследований и медицинских осмотров.

Медицина - одна из сложнейших наук, и в большинстве случаев даже самому лучшему специалисту бывает сложно поставить точный диагноз заболевания. В таких случаях компьютерная помощь существенно облегчает работу врача, так как результаты обследований пациента, переданные компьютеру, моментально обрабатываются с выявлением аномальных результатов анализа, и уже через несколько минут можно получить полные сведения о возможном диагнозе. Конечно, последнее слово всегда остается за врачом, но помощь компьютера значительно ускоряет процесс принятия правильного решения, от которого зачастую зависит здоровье, а иногда, и жизнь пациента. В современных медицинских учреждениях врачи давно перешли от бумажной работы к работе с компьютерами, в которых хранится необходимая информация об истории болезней всех пациентов, что позволяет медработникам уделять больше времени и внимания больным, а не «возне» с бумагами. Кроме того, современные компьютерные технологии помогают врачу эффективно и оперативно проводить профилактические осмотры. Так, например, медицинский прибор кошка-сканер является одним из наиболее безболезненных и точных методов изучения внутренних органов человека.

Требования современного общества - экономия времени. Этот фактор важен и в медицине. Компьютерная диагностика организма - важная альтернатива долгому и утомляющему пребыванию в очередях. Раньше для обследования и установления диагноза требовалось провести несколько дней в поликлинике, сдавать анализы и ожидать приема у всех специалистов. Сегодня традиционные процедуры можно заменить,

записавшись на компьютерное тестирование. Медицинская диагностика - очень серьезная отрасль медицины, которая в последнее время шагнула далеко вперед. Применяемые новейшие технологии медицинской диагностики позволяют выявить заболевание на доклинической стадии и вовремя помочь пациенту. К таким методам относится биорезонансное тестирование.

Преимущества метода компьютерной диагностики здоровья:

1. Развернутая и целостная картина состояния здоровья человека.

Компьютерное тестирование позволяет выявить патологические признаки заболевания на доклинической стадии, то есть в бессимптомный период, когда болезнь еще не вызывает жалоб.

Биорезонансное тестирование - безопасный и неинвазивный метод, который дает возможность обследовать детей и беременных женщин.

Компьютерное обследование выявляет причинно-следственные связи тех или иных патологических процессов, после чего выдается наглядная картина состояния здоровья.

Выявление паразитарных, микробных, вирусных и грибковых инфекций.

Метод позволяет получить полную информацию о здоровье, что недоступно при использовании таких методов, как УЗИ, рентген, компьютерная томография, и др., которые обнаруживают уже сформировавшийся процесс.

Благодаря своей высокой точности, производительности и универсальности решаемых задач информационные технологии не могли не найти применения в медицине. Цифровые технологии могут использоваться на всех этапах ортопедического лечения. Существуют системы автоматизированного заполнения и ведения различных форм медицинской документации. В этих программах помимо автоматизации работы с документами может присутствовать функция моделирования на экране конкретной клинической ситуации. Уже существуют компьютерные программы, которые имеют возможность распознавания голоса врача.

Компьютерная обработка графической информации позволяет быстро и тщательно обследовать пациента и показать его результаты как самому пациенту, так и другим специалистам. Для рентгенологического обследования все чаще используются компьютерные радиовизиографы. Новые технологии позволяют минимизировать вредное воздействие рентгеновских лучей и получить более точную информацию.

Это лишь несколько частных примеров использования компьютеров в медицине, а если копнуть глубже, можно увидеть, что использование компьютерной техники играет важнейшую роль в медицинских исследованиях. С помощью компьютеров можно изучать возможные последствия ударов для позвоночника и черепа человека при автомобильных

катастрофах. Медицинские базы данных позволяют специалистам быть всегда в курсе современных научно-практических достижений. Компьютерные сети также широко используются для обмена информацией о донорских органах, в которых нуждаются критические пациенты, ожидающие трансплантации. Кроме того, компьютеры являются идеальным инструментом для обучения медработников. В таких случаях компьютеры «играют роль больного» и на основании выданных им симптомов, ассистент должен определить диагноз и назначить курс лечения. В случае ошибки обучающегося компьютер незамедлительно отобразит ее и укажет на источник отклонения. Без компьютеров не обходятся и эпидемиологические службы, которые использует ЭВМ для создания эпидемиологических карт, позволяющих следить за скоростью и направлением распространения эпидемий. Говорить о пользе компьютеров в медицине можно долго, но никогда заключение безэмоционального компьютера не сможет сравниться с важным решением, которое должен принять человек.

Литература

1. Воронцов И.М., Шаповалов В.В., Шерстюк Ю.М. ЗДОРОВЬЕ. Создание и применение автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья. - Санкт-Петербург: 2006.
2. Гельман В.Я. Медицинская информатика: практикум (2-е изд.). - С.-Пб.: Питер, 2002. - 480 с.
3. Гусев А. В., Романов Ф. А., Дуданов И. П., Воронин А. В. Информационные системы в здравоохранении. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2002. - 120 с.

СТРЕСС - КАК ОСНОВА ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНЕЙ

Дехканова Н.Н., Жамалиддинова Н.Б.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

«Стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявление ему требования... Другими словами, кроме специфического эффекта, все воздействующие на нас агенты вызывают также и неспецифическую потребность осуществить приспособительные функции и тем самым восстановить нормальное состояние. Эти функции независимы от специфического воздействия. Неспецифические требования, предъявляемые воздействием как таковым, — это и есть сущность стресса».

Ганс Селье, "Стресс жизни"

Аннотация

В данной статье рассматриваются причины и факторы влияющие на проявления стресса, исходы стресс-реакции, а также влияние стресса на здоровье человека, возникающие заболевания и неспецифические реакции организма на чрезвычайные раздражители. Системы противодействия организма чрезвычайным раздражителям, вызывающим стресс, направлены на сохранение постоянства внутренней среды организма-гомеостаза. Однако избыточный стресс может стать патогенетической основой различных заболеваний как психических, эндокринных, сердечно-сосудистых и др. Вот поэтому все большее внимание исследователей привлекает стресс-как патогенетическая основа болезней.

Ключевые слова: Стресс, гомеостаз, адаптация, регуляторные системы, мобилизация, десинхронизироваться.

Актуальность. Стресс — неспецифическая (общая) реакция организма на воздействие, физическое или психологическое, нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма или организма в целом. В медицине, физиологии, психологии выделяют положительную-эустресс и отрицательную-дистресс формы стресса. По характеру воздействия выделяют нервно-психический, тепловой или холодный, световой, антропогенный и другие стрессы. Как было сказано стресс, в своей сути, имеет защитное значение. Однако любая защитная реакция не может быть всегда действующей целесообразно. В реальной жизни существуют ситуации, когда требования окружающей среды не могут быть удовлетворены с помощью адекватных потребностям организма реакций, и адаптации не происходит. Длительное сохранение разрыва между потребностью, действием чрезвычайного фактора и возможностью организма реализовать адаптацию приводит к срыву приспособительно-компенсаторных реакций, нарушению гомеостаза, когда развивается состояние так называемого дистресса, регуляторные системы организма при этом полностью десинхронизированы и стресс может послужить основой развития болезни.

Цель: Изучение причины стресса великое множество, так как у каждого свой индивидуальный организм, психика, образ жизни, поэтому, один и тот же фактор на одного человека может не повлиять вовсе, или произвести незначительное действие, в то время как другая личность буквально заболевает, например — конфликт с другим человеком. Факторы, от которых зависит направленность стресс-реакции и поражение того или иного органа и организма в целом при стрессе, исходы стресс-реакции могут быть различными. Либо стресс как адаптивный механизм возвращает организм к

исходному состоянию или ведет к новому, восстанавливая гомеостаз, либо стресс может послужить механизмом развития болезни.

Материалы и методы: Стресс является неотъемлемой частью человеческого существования, надо только научиться различать допустимую степень стресса и слишком большой стресс. Проблема его в последние годы становится одной из самых актуальных тем в мировой психологической науке и практике.

Развитие стресса происходит в три фазы:

1.Мобилизация. Организация реагирует на стрессор тревогой и мобилизует свои защитные силы и ресурсы для противостояния стрессовому фактору.

2.Противостояние.Организм противостоит стрессовой ситуации, человек активно ищет выход из нее.

3.Истощение. При большой продолжительности влияния на человека стрессового фактора, организм начинает истощаться, и становится уязвимым для вторичных угроз (различные болезни).

Жизнь состоит из ожидаемых или неожиданных событий. Они могут быть приятными или нет. Мы на них реагируем в зависимости от наших потребностей и от знания ситуации. В тех случаях, где информации достаточно, мы способны реагировать спокойно. Напротив, недостаток нужных сведений заставляет нас волноваться. Но иногда человек должен быть готов к событию слишком неожиданному и важному для него, о котором он ничего или почти ничего не знает. В этом случае реакция организма может усилиться до такой степени, что возникнут серьезные нарушения, как в физиологическом, так и в психологическом плане. Тогда обычный набор эмоций уступает место беспокойству или тревоге: человек погружается в стрессовое состояние. Множество конфликтов, сопровождающих нашу жизнь, приводит достаточно часто к дополнительным нервным нагрузкам на человека, к стрессовым ситуациям. Крепкое здоровье и благосостояние человека является залогом качества его жизни в целом. Если любой из нас испытывает огромное количество стрессов, нервного напряжения, мы подрываем наше здоровье, счастье и благополучие.

Г. Селье высказал гипотезу об общем адаптационном синдроме (ОАС), получившим впоследствии название «стресс». Работа была опубликована в 1936 году в журнале «Nature». Многолетние исследования Г. Селье и его сотрудников и последователей во всем мире подтверждают, что стресс является неспецифической основой многих заболеваний. Стресс воздействовал на человека с самого момента появления человечества, разве что тогда он был немного в другой форме. Ну вот сами представьте, пещерный человек с дубиной в руках идет охотиться на мамонта – как тут не

волноваться – все равно страшно, несмотря на то, что охотников много, мамонт-то все равно большой и сильный, может покалечить или убить. Здесь стресс является биологическим фактором выживания и несет положительную роль, в кровь выбрасывается адреналин, который учащает сердцебиение и кортикостероиды, которые помогают уменьшить обмен веществ и сохранить энергию. Для древнего пещерного человека это то, что нужно – чем более быстрый и выносливый, тем дольше проживешь.

Результаты. О психологическом стрессе во времена древних людей говорить не приходилось – мамонтов было еще вдоволь, и проблем с работой и коллегами не возникало. Но как только труд начал переходить из физического в интеллектуальный количество и качество психологических стрессов значительно увеличилось.

Тем не менее, человек генетически предрасположен переносить любой стресс, в первую очередь как физический – в кровь так же выбрасывается адреналин и кортикостероиды.

1. Система кровообращения. Как известно, кровеносная система нашего организма носит кислород и другие полезные вещества ко всем органам и системам нашего организма. Когда человек находится в спокойном состоянии, сердце старается работать как можно меньше, чтобы меньше изнашиваться. В момент стресса сердце начинает качать кровь энергичнее и вместе с кровью оно перебрасывает к органам жиры для подпитки. Если на стадии сопротивления происходит отклик от этих систем, то жиры сжигаются и в крови больше не циркулируют. Если же стресс затягивается, то неиспользованный жир так и остается в кровеносной системе и при достаточном его количестве может привести к закупорке сосудов.

2. Мышцы и кости. Это вторая система, которая крайне подвержена влиянию стресса. Как уже было сказано, в результате выброса гормонов наши мышцы напрягаются и в любую минуту готовы отработать нужное движение. Если этого не происходит долго время, то мышцы из-за постоянной напряженности укорачиваются и в последствие это приводит к хроническим болям в мышцах.

3. Желудочно-кишечная система. Казалось бы, при чем здесь она? Организм – целостная система, а питание он получает именно из этой системы. Стресс сказывается на ускорении обмена веществ в следствие чего изнашиваются ворсинки для всасывания питательных веществ.

4. Иммунная система. Иммунная система – защитник нашего организма от разного рода болезнетворных микробов и бактерий. Под действием стресса она начинает работать хуже, сокращается выработка антител для большинства респираторных инфекций – простуды, гриппа, ОРЗ, ОРВИ и других.

Вывод. И в конце нужно отметить, что при стрессе, наряду с элементами адаптации к сильным раздражителям, имеются элементы напряжения и даже повреждения. Именно универсальность сопровождающей стресс «триады изменений» — уменьшение тимуса, увеличение коры надпочечников и появление кровоизлияний, и даже язв в слизистой желудочно-кишечного тракта. Предупредить события, которые приводят к стрессу, не всегда возможно, но мы можем изменить свою реакцию на них. Каждый человек индивидуален и в зависимости от многих факторов по-разному реагирует на стрессовую ситуацию. Важно помнить: если появилось чувство, что невозможно преодолеть стрессовые ситуации, следует обратиться за консультацией к специалисту- психологу, либо у неврологу или психотерапевту.

Литература:

- 1) Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз, 1960. — 255с
- 2) Патологическая физиология (под.ред. А.Д.Адо, В.В.Новицкого), Томск, 1994г.
- 3) Р.А.Тигранян – Стресс и его значение для организма, М., 1998г.
- 4) <http://barmin-aleksandr.ru/stress-management/stress-vliyanie-stressa/>
- 5) http://www.mamba.ru/diary/post.phtml?user_id=63027174&post_id=186
- 6) http://www.medikforum.ru/news/medicine_news/2591-vliyanie-stressa-na-zhenshhin-silnee.html
- 7) <http://www.kidzblog.ru/negativnoe-vliyanie-stressa-na-immunitet-rebenka/#ixzz1aJX2XMGp>
- 8) http://www.prodenas.ru/health/poleznuee-sovetue/news_2007-05-16-06-10-28-381.html

EFFECTIVENESS OF LESBOXOL IN PREVENTION OF GASTRIC ULCER

Dzhanayev G.Yu., Allaeva M.J., Rakhmonov A.X.

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

Relevance: Inadequate and effective treatment of patients with peptic ulcer disease leads to recurrence (60-100%) [1,6]. At present, gastric and duodenal ulcers are widespread [1,2,3]. Etiological factors of peptic ulcer are stress, endoecological imbalance, malnutrition, drug use, their side effects are ulcerogenesis, decreased adaptability of the human body [9]. The use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) is another factor. Every day, more than 30 million people worldwide use nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) as painkillers, anti-inflammatory and anti-inflammatory agents. With this in mind, one of the most important

tasks is to create local drugs with relatively low side effects, high efficacy and cost-effectiveness [4,5].

Purpose of research lesboxol is a complex preparation consisting of dry extracts of 4 types of plants - rough-leaved field (*Hypericum scabrum*), petals (*Ziziphora pedicellata*), alfalfa (*Mediasia macrophylla*), common anise (*Glycyrrhiza glabra*). The anti-ulcer and gastroprotective effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs have been studied in animals with peptic ulcer disease [6].

The aim of the study was to study the effect of a mixture of dry extract of the medicinal plant Lesboxol on the condition of the gastric mucosa in indomethacin-induced gastropathy.

Materials and methods: 18 white, female, healthy rats with a body weight of 160-185 g were selected for the experiment. The rats were divided into 6 to 3 groups. The first group is the control group, which is starved for 24 hours. Then, 2 hours before decapitation, distilled water and indomethacin at a dose of 60 mg / kg are administered according to body weight [7,8]. Group 2 rats were experimental group rats, and group 2 rats were given oral lesboxol dry extract 100 mg / kg and indomethacin 60 mg / kg orally one day before and 2 hours before decapitation according to their body mass. Group 3 rats were a comparative group, which was administered mizoprostol 0.2 mg / kg and indomethacin 60 mg / kg the day before and 2 hours before decapitation, as described above.

Results: Visually macroscopic examination of the stomachs of decapitated animals. The area of the wounds was measured on a special millimeter tape measure. The data were expressed as a percentage, and the arithmetic mean and its standard error were calculated using the variational statistics method. The number of wounds in the control group was calculated as a percentage, and the wound area was calculated in mm². According to the results, the number of wounds in control group 1 was 100%, wound area 107.42 ± 5.65 mm², small spot wounds 26.66 ± 1.89 , large wounds 8.16 ± 0.68 , elongated rod-shaped the number of wounds was 7.33 ± 0.59 , and the total number of wounds was 42.15 ± 1.99 . Group 2 experimental animals In rats with dry extract of plant extract per 100 mg / kg body weight, the number of wounds was 62.4% compared to the control group, the wound area was 43.17 ± 1.37 mm², small spot wounds 9.16 ± 0.72 , large wounds 3.33 ± 0.41 , elongated rod-shaped wounds 3.17 ± 0.29 , total number of wounds 15.82 ± 0.77 . In group 3 rats administered 0.2 mg / kg of misoprostol by body weight, the following results were obtained: the number of wounds was 57.8%, the wound area was 47.58 ± 2.12 mm², small spot wounds 10.83 ± 0.58 , the number of large wounds was 3.5 ± 0.021 , the number of elongated rod wounds was 3.67 ± 0.32 , and the total number of wounds was 17.80 ± 0.81 .

Conclusions: Lesboxol is a complex preparation consisting of dry extracts of 4 types of plants - *Hypericum scabrum*, *Ziziphora pedicellata*, *Mediasia macrophylla*, *Glycyrrhiza glabra*. In rats, nonsteroidal anti-inflammatory drugs have been shown to accelerate the remission of peptic ulcer. This complex can be one of the most promising drugs for the prevention of gastritis and gastric and duodenal ulcers.

List of references:

1. Бебуришвили А. Г., Михин И. В., Зюбина Е. Н. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки //методические рекомендации для врачей/АГ Бебурешвили, ИВ Михин, ЕН Зюбина. – 2007.
2. Яицкий Н. А., Седов В. М., Морозов В. П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки //М.: МЕДпресс-информ. – 2002. – Т. 376. – С. 4.
3. Ивашкин В. Т. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – Т. 26. – №. 6. – С. 40-54.
4. Тарловская Е. И., Михайлова Ю. В. Хроническая сердечная недостаточность и частота приема нестероидных противовоспалительных средств: возможные риски по данным локального регистра //Российский кардиологический журнал. – 2020. – №. 1.
5. Тарловская Е. И., Михайлова Ю. В. Хроническая сердечная недостаточность и частота приема нестероидных противовоспалительных средств: возможные риски по данным локального регистра //Российский кардиологический журнал. – 2020. – №. 1.
6. Джанаев Г. Ю. Influence Of Lesbochol Dry Extract On The Current Of Experimental Nervo-Reflective Gastric Ultra. – 2020.
7. Лоренц С. Э. и др. Влияние пептидного комплекса из тканей свиных почек на показатели свободнорадикального окисления и экспрессию ЦОГ-1, 2 при индометацин-индуцированной гастропатии //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – №. 6 (154).
8. Жариков А. Ю. и др. Поиск новых молекул олигопептидов для фармакологической коррекции НПВС-индуцированной язвы желудка //Биомедицина. – 2019. – Т. 15. – №. 3. – С. 90-97.
9. Чижиков Д. А., Копытова Т. В., Борисов В. И. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: фокус на идиопатические язвы и вегетативную регуляцию //Журнал МедиАль. – 2015. – №. 3 (17). – С. 125-138.

EKSPERIMENTAL ME'DA YARASI MODELLARIDA LESBOXOL SAMARADORLIGINI O'RGANISH

Djanayev G.Yu., Mustanov T.B., Xudayberdiyev X.I., Mamadjanova M.A.
Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

Dolzarbliqi. Tibbiy statistika ma'lumotlariga ko'ra, me'da yarasi shakllanishi bilan kechadigan patologiyalarning tarqalishi juda yuqori. Ko'p hollarda 12 barmoq ichak va me'da yarasi bilan bir vaqtning o'zida tashxislanadi. Zamonaviy nazariyaga asosan yara kasalligining kelib chiqishi me'da shirasi tarkibidagi agressiv omillar va shilliq qavatdagi himoya omillari orasidagi muvozanatning buzilishiga bog'liq. Rivojlangan mamlakatlarda aholining 6-10% yara kasalligi bilan og'riydi. Erkaklar ayollarga nisbatan ko'proq kasallanadi (4:1). Ko'proq yoshlarda 12 barmoq ichak yara kasalligi, o'rta yoshli bemorlarda me'da yara kasalligi uchraydi. Shahar aholisi qishloq aholisiga nisbatan ko'proq kasallanadi. Me'da shilliq qavatiga zarar yetkazadigan dorilar orasida nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar (NSYQV) salmoqli o'rin egallaydi.

NSYQV yallig'lanish reaksiyalari antiagregant va og'riqlar bilan namoyon bo'ladigan ko'plab kasalliklarni davolashda keng qo'llaniladi. Bugungi kunda tibbiyot amaliyotida gastropatiyani davolash maqsadida juda ko'p dori vositalari ishlatiladi biroq ular amaliyot shifokorlarining talablariga to'liq javob bermaydi.

Yuqoridagi holatlarni inobatga olib yaraga qarshi zaharliligi kam yuqori samarali yangi gastroprotektor xususiyatiga ega dori vositalarini yaratish, o'rganish va tibbiyot amaliyotiga joriy etish dolzarb hisoblanadi. Shu nuqtai nazardan o'simlik xom oshyosidan olingan moddalar shubhasiz qiziqish uyg'otadi. Ma'lumki, shifobaxsh o'simliklar asosida olingan dorivor vositalar, kimyoviy yani sintetik vositalarga ko'ra organizm uchun nisbatan zararli ta'siri kam.

Respublikamiz tibbiyoti oldidagi dolzarb vazifalardan biri mahalliy o'simlik xomashyosi asosida yangi dori vositalarini izlash va yaratish hisoblanadi.

Maqsad. Dorivor o'simliklar quruq ekstrakti asosida me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasini davolashda qo'llaniladigan yuqori samarali dori yaratish. Biz bu maqsadda dorivor o'simliklar quruq ekstraktidan tashkil topgan Lesboxol preparatining yaraga qarshi faolligini o'rgandik.

Materiallar va uslublar. Lesboxol ishlab chiqarishda asosiy xom ashyo hisoblangan dorivor o'simliklar – dag'al bargli dalachoy (*Hypericum scabrum*), gulbargli kiyiko't (*Ziziphora pedicellata*), olqor o'ti (*Mediasia macrophylla*) va oddiy qizilmiya (*Glycyrrhiza glabra*) respublikamizda ushbu preparatga bo'lgan ehtiyojni to'liq qondiradi. Ushbu tajribalar kalamushlarda me'daning shikastlanish darajasi va paydo bo'lish mexanizmi bo'yicha bir-

biridan farq qiladigan immobilizatsion stress, rezerpin va indometasin me'da yarasi modellarida olib borildi. Makroskopik va biokimyoviy ko'rsatkichlar bo'yicha tahlil qilindi Lesboxolning yaraga qarshi faolligini o'rganish uchun 180-200 g og'irlikdagi sog'lom oq tajriba kalamushlarda o'tkazildi.

Natijalar. Tadqiqotlar natijalari Biostat 2009 dasturiy ta'minot to'plamidan foydalangan holda statistik tahlil qilindi. $M \pm m$ xususiyatlarining ahamiyatini va Student kriteriyasiga ko'ra ko'rib chiqilayotgan namunalardagi farqlarni o'zgartirish statistikasi usuliga muvofiq baholandi. Taqqoslangan guruhlardagi farqlar 95% ($p < 0,05$) ahamiyatlilik darajasida muhim deb hisoblandi. Lesboxolning 100 mg/kg dozada og'iz orqali kiritish stress, rezerpin va indometasin tufayli yuzaga kelgan yaralar modellarida aniq yaraga qarshi ta'sir ko'rsatadi. 7-kun profilaktik davolangan kalamushlarda umumiy yaralar o'rtacha soni $15,82 \pm 0,77$ ni tashkil etdi, bu rebapimid va mizoprostol darajasida ekanligi qayd etildi. 14-kun mobaynida profilaktik davolangan kalamushlarda makroskopik jihatdan me'da shilliq qavatining regeneratsiyasi tez tiklandi. Biokimyoviy ko'rsatkichlar: erimaydigan glikoprotein tarkibiy qismlari sial kislota va geksoza miqdorini narozatga nisbatan 70% dan 90% gacha oshirgan.

Xulosa: O'tkazilgan eksperimental yara modellarida Lesboxol preparatining 100 mg / kg dozada me'da shilliq qavatiga aniq yaraga qarshi profilaktik ta'sir ko'rsatishi to'g'risida xulosa qilindi. Mahalliy o'simliklardan olingan ushbu majmuaviy preparat gastrit hamda me'da va o'n ikki barmoq ichak yarasining oldini olish va davolashda istiqbolli preparatlardan biri bo'lishi mumkin.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ АУСКУЛЬТАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 3 КУРСА

**Э.А. Доценко¹, М.В. Шолкава¹, Т.П. Новикова¹, К.Э. Доценко¹, А.В. Морозов², Р.
Макаревич², С. Лизавец², Р.Ю. Каттаханова²**

**¹Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

² Proven Solution, Беларусь

Применение симуляционных технологий в медицине и медицинском образовании имеет долгую историю. По мнению G. Alinier [15] уровень ее развития сегодня характеризуется наличием интерактивного взаимодействия между оператором и симуляционным устройством. Такое взаимодействие достигается применением цифровых технологий и может быть реализовано несколькими путями. Во-первых, когда

компьютерная программа жестко ориентирована на конкретный материальный носитель-матрицу: например, манекены, моделирующие определенные участки тела человека и реагирующие на ограниченный круг манипуляций оператора.

Второй путь, который активно развивается последнее десятилетие –симуляторы в виртуальной реальности. Обучение в виртуальной реальности используются в анатомии [1], общению с больными [6], приема объективного структурированного клинического экзамена [32] и др.

Какой подход лучше однозначно сказать нельзя. Так, применение симуляторов на основе материального носителя (манекена) дает обучаемому «эффект» присутствия, когда оператор получает тактильные ощущения, чувствуя аналог ткани, органа; это важно при обучении технике инвазивных вмешательств. Вместе с тем, имеет место жесткая привязка программного обеспечения к механической матрице, что ограничивает возможности симулятора выполнением одной или нескольких манипуляций.

Технологии виртуальной реальности, наоборот, не дают ощущения тактильного контакта, но сфера применения определяется только программным обеспечением. Кроме того, технологии виртуальной реальности значительно уменьшают пространство, необходимое для размещения симулятора и, в перспективе, могут стать дешевле. Достоинства и недостатки применения виртуальной реальности в медицине и образовательном процессе представлены в обзоре [3, 4, 5, 8].

Распознавание звуков при аускультации легких и сердца относится к фундаментальным навыкам врача при непосредственном обследовании пациента. Обучение навыкам аускультации подразумевает овладение техникой проведения аускультации и навыками распознавания выслушанного звука и умения классифицировать последний в соответствии с общепринятой номенклатурой.

Классический подход к обучению аускультации предусматривает освоение теоретического материала (включая работу на симуляторах) и затем работу у постели больного. В последнем случае мы сталкиваемся с рядом проблем, которые затрудняют обучение: наличие в клинике пациента с тематической патологией, этические проблемы (согласие пациента на обследование студентом, высокое соотношение числа студенты:больной, кратковременность выполнения манипуляции (может быть обусловлено тяжестью состояния пациента, отказом пациента от сотрудничества). Кроме того, в современных условиях серьезные ограничения накладывает пандемия COVID19 [2].

Оптимально, когда студент приходит к пациенту, уже обладая минимальными навыками распознавания звуков; иными словами, чтобы он мог сопоставить выслушанные звуки с той коллекцией звуков, которая находится у него в памяти.

Эффективность применения симуляционных технологий при подготовке студента-медика активно исследуется. Известен мета-анализ [10], в котором представлено 13 работ, где симуляционные технологии использовались в качестве дополнительных, к традиционным «у постели», средств обучения. Авторы делают вывод, что симуляционные технологии важны в подготовке студента медика, однако сегодня можно говорить лишь о трендах к более высокой эффективности симуляционных технологий по сравнению с традиционными методами обучения.

Следует отметить, что многие исследования эффективности симуляционных технологий касаются оценки удовлетворенности студентов симуляционными технологиями [2], улучшению качества подготовки студентов по мере внедрения симуляционных технологий [7].

Цель проекта – сравнить эффективность обучения аускультации легких и сердца с использованием традиционных методов обучения и технологий виртуальной реальности.

Материалы и методы

Технология виртуальной реальности (VR). Применяли гарнитуры «Oculus Quest 2» с программным обеспечением, позволяющим проводить аускультацию сердца и легких с использованием виртуального стетоскопа (Proven Reality, Республика Беларусь, Минск).

Гарнитура виртуальной реальности «Oculus Quest 2» имела следующие характеристики: разрешение 1832x1920 на глаз, частота обновления 60, 72 и 90 Гц, оперативная память 6 ГБ, отслеживание окружающего пространства и движений пользователя осуществляется с помощью камер. Изображение адаптируется к движениям пользователя (устройство самостоятельно обеспечивает отслеживание положения пользователя в масштабе комнаты без внешних датчиков; во время работы с гарнитурой пользователь может стоять или сидеть независимо от размера окружающей среды). Виртуальная реальность имеет технологию 360⁰ видео, студент максимально погружен в визуальное изображение, все отвлекающие факторы исключены.

Два сенсорных контроллера в виртуальной реальности выглядят как реалистичные руки и синхронизируются с положением рук и основными движениями кистей (Рис 1). «Oculus Quest 2» имеет позиционный звук, источник звука встроен непосредственно в гарнитуру.

В условиях виртуальной реальности воссозданы условия врачебного кабинета, с присутствующим виртуальным пациентом (мужчина или женщина); студент имеет

возможность самостоятельно выполнять действия, необходимые при выслушивании легких и сердца. Несколько особенностей, на которые следует обратить внимание: (а) преподаватель на мониторе центрального компьютера видит действия студента и имеет возможность их скорректировать; (б) студент видит интерактивное меню, в котором может выбрать определенный звук со справочной информацией; (с) студенты работают в паре – один студент занимается собственно аускультацией, второй – обеспечивает безопасность перемещения оператора по помещению; (d) программное обеспечение дает возможность работы в режиме обучения и в режиме экзамена, при котором преподаватель задает условия работы.



А

В

Рис. 1. Вид пациента в виртуальной реальности. А – Изображение пациента, которое видит студент; В – Экран монитора преподавателя с изображениями 4-х точек доступа

Дизайн исследования. Исследование проведено на кафедре пропедевтики внутренних болезней Белорусского государственного медицинского университета, студенты 3 курса начинают изучать клиническую медицину. У всех участников брали информированное согласие на участие в эксперименте.

В исследование включено 69 студентов: студенты, которые занимались в виртуальной реальности (Протокол VR, $n=24$), и группа сравнения, студенты, которые занимались без использования виртуальных технологий (Протокол CS, $n=45$), Табл.1.

В соответствии с Программой для изучения аускультации легких отведено 12 часов, сердца – 12 часов.

Таблица 1. Содержание Протоколов обучения

		Протокол А	Протокол В
№ занятия	Длительность, часы	Содержание занятия	
1	3,5	Теоретические основы аускультации легких. Техника работы в виртуальной реальности	Теоретические основы аускультации легких. Техника работы с симуляторами
2	3,5	Изучение аускультации легких в виртуальной реальности	Изучение аускультации легких на симуляторах
3	3,5	Изучение аускультации легких в виртуальной реальности	Изучение аускультации легких на симуляторах у постели больного
4	3,5	Контроль	Контроль

Аналогичным образом применен Протокол ВР и Протокол СS для обучения аускультации сердца.

Как правило, при первом знакомстве с гарнитурой студентам требовалось определенное время для освоения (часто это время было меньше, чем время адаптации преподавателей). Уже на втором занятии студенты легко и непринужденно пользовались гарнитурой.

Легочные звуки были классифицированы в соответствии с [12], звуки сердца – [14]. Звуки легких и сердца включали в Протоколы ВР и СS, соответственно, после согласованной оценки 3 независимых экспертов (Табл.2).

Таблица 2. Легочные звуки и звуки сердца в Протоколах ВР и СS.

	Количество вариантов
Дыхательные шумы	
Нормальное везикулярное дыхание	3
Крепитация (fine crackles)	3
Влажные хрипы (coarse crackles)	3

Сухие хрипы	3
Шум трения плевры	3
Тоны сердца	
Нормальные тоны* Верхушка/Аорта	2/2
Систолический шум** Верхушка/Аорта	2/2
Диастолический шум** Верхушка/Аорта	2/2

Примечание * - распознавание точки выслушивания; ** - учитывали только распознавание шума безотносительно точки выслушивания.

Контрольные точки. Эффективность обучающих технологий оценивали как количество распознанных звуков при выслушивания студентами контрольных аудиозаписей звуков легких и сердца: для дыхательных шумов записано 5 звуковых дорожек, каждая из которых содержала 4 различных дыхательных шума, для звуков сердца сформировано 5 звуковых дорожек, каждая из которых содержала 4 различных звука. Студентам предлагали записать названия выслушанных звуков после двукратного выслушивания. Все контрольные звуковые дорожки были разными для исключения распространения информации, поскольку тестирование проводили не одномоментно. Аудирование производилось через наушники с использованием ноутбука. Контрольные точки: 1.непосредственно после обучения; 2.через 3 месяца после обучения.

Анкетирование студентов. Студентам было задано несколько вопросов, позволяющих оценить их отношение к методу виртуальной реальности. Ответы оценивали по модифицированной шкале Ликерта (1-10), от – «полностью неудовлетворен» до «полностью удовлетворен»: 1.Использовали ли вы ранее очки виртуальной реальности; 2.Насколько вы удовлетворены обучением с использованием технологии виртуальной реальности?; 3.На сколько просто было начать обучение во время первого занятия?

Статистический анализ. Статистическая обработка проводилась при помощи программы «Statistica 10». При анализе данных, с распределением, отличным от нормального, использовалась медиана (Me) и межквартильный интервал [Q25; Q75], для сравнения данных применялись непараметрические статистические методы. Статистически значимыми считались различия данных при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Проанкетировано 35 студентов из групп, использовавших виртуальную реальность в процессе обучения аускультации лёгких и сердца. Студенты при работе в виртуальных очках проявляли высокую заинтересованность и мотивацию. Ранее 22 (63%) студента не имели опыта работы с гарнитурами виртуальной реальности, такой опыт имели только 13 (37%) студентов. Вместе с тем, ни один из студентов не отметил существенных трудностей в использовании оборудования: в большинстве у студентов не возникало вопросов с началом использования технологии, по 20 человек (58%) поставили баллы 9 и 10. Большинству студентов (19, 54%) потребовался всего 1 занятие для овладения гарнитурой. Еще 12 студентам (34%) потребовалось 2 занятия, всего 4 студентам (11%) потребовалось более 2х занятий.

Среднее значение удовлетворённости (по 10-балльной шкале) технологией виртуальной реальности было высоким – 8.74, минимальное значение удовлетворенности составило 5, максимальный показатель удовлетворенности наблюдался у 11 студентов (31%).

В качестве преимуществ использования виртуальной реальности студенты отметили возможность использования во время эпидемий, когда доступ к пациентам затруднён (14%), 8 студентов (22%) отметили, что нет неудобств по сравнению с работой с реальным пациентом и достаточно времени на проведения аускультации у каждого студента, (14%) отметили, что усвоение изученного материала легче, за счет «реальности» условий.

Аускультация легких. При выслушивании контрольных записей легочных звуков непосредственно после окончания обучения оказалось (Табл. 3), что студенты, обучавшиеся в условиях виртуальной реальности распознали звуки несколько лучше, чем студенты, обучавшиеся по обычным технологиям (54,5 против 38,3%). Вместе с тем, влажные хрипы в группе ВР распознавались существенно хуже.

Таблица 3. Контроль звуков легких

Звук	Группа А (n=28)			Группа В (n=49)			p
	узнали	не узнали	%	узнали	не узнали	%	
Везикулярное дыхание	5	15	25	8	30	21,1	0,991
Бронхиальное дыхание	10	4	71,4	12	14	33,3	0,230
Влажные хрипы	5	14	26,3	18	17	51,4	0,135
Сухие хрипы	18	5	78,3	17	28	37,8	

Шум трения плевры	6	4	60	6	14	30	0,236
Крепитация	8	2	80	8	8	50	0,265
Итого	52	44	54,2	69	111	38,3	

Аускультация сердца. Эффективность распознавания звуков сердца непосредственно после обучения представлена в Табл. 4. В целом, узнавание звуков в группе ВР было несколько лучше по сравнению с обычной группой студентов (44,5% против 36,8%). Вместе с тем, эффективность распознавания отдельных патологических звуков (шумов) в группе ВР была несколько ниже.

Таблица 4. Контроль звуков сердца

Звук	Группа А (вирт)		%	Группа В		%	Р
	узнали	не узнали		узнали	не узнали		
Нормальные тоны	39	52	42,9	51	109	31,9	
Систолический шум	10	7	58,8	18	12	60,0	
Диастолически й шум	4	7	36,4	8	10	44,4	
Всего	53	66	44,5	77	131	36,8	

p=0,223 (всего)

Выживаемость распознавания звуков через 3 месяца. При итоговом контроле выживаемости знаний по аускультации сердца и легких, который проводился после 8 недель перерыва, оказалось, что долговременные результаты были лучше в группе виртуальной аускультации (Табл. 5). Надо обратить внимание на низкий уровень выживаемости распознавания звуков – практически 50% и ниже. Мы полагаем, что это связано с отсутствием ежедневного аускультативного тренинга у студентов: аускультативный навык требует ежедневной тренировки: даже для опытных врачей, после длительного отсутствия в клинике, требуется некоторое время для их восстановления.

При распознавании легочных звуков, студенты обычной группы продемонстрировали несколько лучшие результаты (41,7% против 34,7% для ВР). Необычно, но везикулярное дыхание (норма) распознавалось плохо, причем ВР группа значительно хуже узнавала везикулярное дыхание (норма) – только 6,3% студентов, в то

время как в обычной – 25,9%. Сходная ситуация был и в отношении распознавания крепитации. При аускультации сердца ситуация была обратной: группа ВР распознала звуки в 56,1% случаев, более, чем в 2 раза меньше – 25,4%. Бронхиальное дыхание, влажные хрипы ВР студенты распознавали лучше.

Интересно, что, если распознавание контрольных звуков сердца сразу после обучения было сопоставимо в обеих группах, то через 3 месяца студенты ВР узнавали звуки сердца более чем в 2 раза лучше, чем в обычной.

Таким образом, в целом, через 3 месяца после обучения аускультации, студенты ВР группы распознавали звуки сердца и легких лучше, чем студенты, обучавшиеся по обычным технологиям. Важно отметить одну особенность: одни звуки распознаются лучше после обучения в ВР, другие – после обучения с помощью обычных технологий. С другой стороны, такая «неоднородность» может быть связана с небольшой выборкой студентов.

Таблица 5. Контроль звуков легких и сердца

Звук	Группа А (n=28)			Группа В (n=49)			р
	узнали	не узнали	%	узнали	не узнали	%	
Везикулярное дыхание	1	15	6,3	7	20	25,9	
Бронхиальное дыхание	5	7	41,7	8	13	38,1	
Влажные хрипы	10	6	62,5	12	15	44,4	
Сухие хрипы	12	21	36,4	20	20	50,0	
Шум трения плевры	4	8	33,3	6	11	35,3	
Крепитация	1	5	16,7	7	5	58,3	
Итого легочные звуки	33	62	34,7	60	84	41,7	
Звуки сердца							
Нормальные тоны	24	4	85,7	20	28	41,7	24
Систолический шум	7	11	38,9	6	24	20,0	7
Диастолич шум	6	14	30,0	3	33	8,3	6

Итого звуки сердца	37	29	56,1	29	85	25,4	37

Приведенные данные подтверждаются и при оценке количества звуков, узнаваемым одним студентом: В группе А (виртуальной аускультации) из 6 предложенных звуков студенты узнали 3 [2; 4] звуков против 2 [1; 3] звуков в группе сравнения. ($p=0,001$) (Рис 5).

Дискуссия

Аускультация считается сложным навыком физикального обследования: даже врачи, имеющие определенный клинический опыт, сталкиваются со значительными трудностями. Так, при оценке узнавания звуков аускультации сердца врачами разных стран в среднем было узнано 20-26% представленных звуков [13]. По данным S.L.Kobal с соавт. [33], сертифицированные кардиологи смогли распознать систолический шум сердца только у 62% пациентов, имевших его и у 16% пациентов с диастолическим шумом сердца.

Клиническая эффективность аускультации во многом зависит от усвоения базового материала (университет) и постоянной тренировки во время практической работы, о есть в течение всей жизни. Наши данные показывают, что времени, отпущенного студентам младших курсов на изучение аускультации явно недостаточно. Такого же мнения придерживаются и исследователи из других университетов. В данном аспекте, технологии виртуальной реальности изменить ситуацию, конечно, не могут.

Вместе с тем, технологии ВР не уступают в эффективности обучения уже имеющимся. Преимущества виртуальной реальности состоят в возможности максимально имитировать обстановку врачебного кабинета, его оборудование, действия врача при проведении физикального исследования и т.д. Иными словами, студент получает возможность для распознавания звуков не только слуховой анализатор, но и визуальный и тактильный, что позволяет повысить степень запоминания звуков. Технологии виртуальной реальности вызывают повышенный интерес у студентов. Существенным преимуществом технологий ВР является эргономичность оборудования: станция может быть развернута практически в любом помещении, основным условием является соблюдение тишины.

Важной особенностью виртуальных технологий является их гибкий характер. По нашему желанию мы можем не только добавлять (изменять) звуки, но и расширять области применения виртуальной модели (например, модель «внешний осмотр») без дополнительного оборудования.

Некоторые ограничения виртуальная аускультация все же имеет. Из минусов технологии на данном этапе можно отметить трудности работы в очках виртуальной реальности человеку, который имеет нарушения зрения и пользуется очками для постоянного ношения (от простого неудобства и несоответствия размеров гарнитуры и очков постоянного ношения до головной боли). Студентам, которые носят очки эпизодически, мы рекомендовали в день занятий использовать контактные линзы. Время, которое неподготовленный человек может провести в виртуальной реальности, сравнительно небольшое (по нашим данным, через 10-20 минут студенты устают и необходима смена деятельности).

Очевидно, что к полученным нами данным следует относиться с осторожностью, поскольку выборка учащихся была небольшой. Мы рассматриваем данный проект как пилотный, что позволит в перспективе провести большое, грамотно организованное клинико-педагогическое исследование.

Литература:

1. Erolin C. Interactive 3D Digital Models for Anatomy and Medical Education. *Adv Exp Med Biol.* 2019;1138:1-16. doi: 10.1007/978-3-030-14227-8_1. PMID: 31313254.
2. Rüllmann N, Lee U, Klein K, Malzkorn B, Mayatepek E, Schneider M, Döing C. Virtual auscultation course for medical students via video chat in times of COVID-19. *GMS J Med Educ.* 2020 Dec 3;37(7):Doc102. doi: 10.3205/zma001395. PMID: 33364381; PMCID: PMC7740006.
3. Baniasadi T, Ayyoubzadeh SM, Mohammadzadeh N. Challenges and Practical Considerations in Applying Virtual Reality in Medical Education and Treatment. *Oman Med J.* 2020 May 18;35(3):e125. doi: 10.5001/omj.2020.43. PMID: 32489677; PMCID: PMC7232669.
4. Pottle J. Virtual reality and the transformation of medical education. *Future Healthc J.* 2019 Oct;6(3):181-185. doi: 10.7861/fhj.2019-0036. PMID: 31660522; PMCID: PMC6798020.
5. Slivkoff MD, Bahner I, Bonaminio G, Brenneman A, Brooks W, Chinn C, El-Sawi N, Haight M, Hurtubise B, McAuley B, Michaelsen V, Rowe R, Vari RC, Yoon M. Evolution and Revolution in Medical Education: Technology in the Twenty-First Century, an IAMSE Webcast Audio Seminar Series, Fall 2018. *Med Sci Educ.* 2019 Jan 3;29(1):333-337. doi: 10.1007/s40670-018-00681-2. PMID: 34457485; PMCID: PMC8368503.
6. Dyer E, Swartzlander BJ, Gugliucci MR. Using virtual reality in medical education to teach empathy. *J Med Libr Assoc.* 2018 Oct;106(4):498-500. doi: 10.5195/jmla.2018.518. Epub 2018 Oct 1. PMID: 30271295; PMCID: PMC6148621.
7. Kaminsky J, Bianchi R, Eisner S, Ovits R, Lopez AM, Smith L, Talukder N, Quinn A. Respiratory Auscultation Lab Using a Cardiopulmonary Auscultation Simulation Manikin.

MedEdPORTAL. 2021 Mar 2;17:11107. doi: 10.15766/mep_2374-8265.11107. PMID: 33768144; PMCID: PMC7970645.

8. Almousa O, Zhang R, Dimma M, et al. Virtual Reality Technology and Remote Digital Application for Tele-Simulation and Global Medical Education: An Innovative Hybrid System for Clinical Training. *Simulation & Gaming*. 2021;52(5):614-634. doi:10.1177/10468781211008258

9. Hafke-Dys H, Bręborowicz A, Kleka P, Kociński J, Biniakowski A. The accuracy of lung auscultation in the practice of physicians and medical students. *PLoS One*. 2019 Aug 12;14(8):e0220606. doi: 10.1371/journal.pone.0220606. PMID: 31404066; PMCID: PMC6690530.

10. McKinney J, Cook DA, Wood D, Hatala R. Simulation-based training for cardiac auscultation skills: systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2013 Feb;28(2):283-91. doi: 10.1007/s11606-012-2198-y. Epub 2012 Sep 12. PMID: 22968795; PMCID: PMC3614132.

11. Perlini S, Salinaro F, Santalucia P, Musca F. Simulation-guided cardiac auscultation improves medical students' clinical skills: the Pavia pilot experience. *Intern Emerg Med*. 2014 Mar;9(2):165-72. doi: 10.1007/s11739-012-0811-z. Epub 2012 Jul 6. PMID: 22767224.

12. Pasterkamp H, Brand PL, Everard M, Garcia-Marcos L, Melbye H, Priftis KN. Towards the standardisation of lung sound nomenclature. *Eur Respir J*. 2016 Mar;47(3):724-32. doi: 10.1183/13993003.01132-2015. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26647442.

13. Mangione S. Cardiac auscultatory skills of physicians-in-training: a comparison of three English-speaking countries. *Am J Med*. 2001 Feb 15;110(3):210-6.

14. Yaseen, Son G-Y, Kwon S. Classification of Heart Sound Signal Using Multiple Features. *Applied Sciences*. 2018; 8(12):2344. <https://doi.org/10.3390/app8122344>

15. Alinier G. A typology of educationally focused medical simulation tools. *Med Teach*. 2007 Oct;29(8):e243-50. doi: 10.1080/01421590701551185. PMID: 18236268.

16. Mangione S. Cardiac auscultatory skills of physicians-in-training: a comparison of three English-speaking countries. *Am J Med*. 2001 Feb 15;110(3):210-6.

17. Dyulicheva, Y. Gaponov, D., Poleshchuk, O. About the Features of the Virtual Simulators Development and their Usage in Dental Education. 2021. Электронный ресурс. Точка доступа https://www.researchgate.net/publication/355182392_About_the_Features_of_the_Virtual_Simulators_Development_and_their_Usage_in_Dental_Education. Дата доступа 24.11.2021

18.Baniasadi T., Ayyoubzadeh S.M., Mohammadzadeh N. Challenges and Practical Considerations in Applying Virtual Reality in Medical Education and Treatment. Oman Med J. 2020 May 18;35(3):e125.

19.Ataro G, Worku S, Asaminew T. Experience and Challenges of Objective Structured Clinical Examination (OSCE): Perspective of Students and Examiners in a Clinical Department of Ethiopian University. Ethiop J Health Sci. 2020;30(3):417-426. doi:10.4314/ejhs.v30i3.13 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445939/>)

20. Kobal SL, Trento L, Baharami S, Tolstrup K, Naqvi TZ, Cercek B, Neuman Y, Mirocha J, Kar S, Forrester JS, Siegel RJ. Comparison of effectiveness of hand-carried ultrasound to bedside cardiovascular physical examination. Am J Cardiol. 2005 Oct 1;96(7):1002-6. doi: 10.1016/j.amjcard.2005.05.060. PMID: 16188532.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОНЯТИЯ «ЗДОРОВЬЕ» ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ПЕДАГОГИКА» СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Дрёмова Н.Б., Фетисова Е.Ю., Толкачева И.В., Конищева Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность проблемы изучения педагогических стратегий в контексте интерпретации понятия «здоровье» обусловлена современным состоянием медицинского образования, преобладанием смешанного обучения, поиском инновационных подходов к организации образовательного процесса.

Педагогика как составная часть дисциплины «Психология и педагогика» включена в учебные планы медицинских вузов России с середины 90-х гг. XX века. Цель изучения педагогики в медицинском вузе – формирование основ педагогической компетентности, конструирование образа профессионала в области здравоохранения. В своей профессиональной деятельности врач оперирует категориями педагогики, обучает пациентов и их родственников бережно относиться к своему здоровью, прививает ценностные установки на здоровьесбережение.

В литературных источниках представлено более трёхсот дефиниций понятия «здоровье» и десятки концепций, раскрывающих содержание здоровья как феномена. Здоровье является медико-биологической, социальной и педагогической категорией, социальным капиталом, фактором, определяющим уровень образованности, успешности. В современных исследованиях **здоровье** рассматривается как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» (ВОЗ); резервные мощности клеток, органов, целого организма

(Н.М. Амосов); способность к самосохранению, саморазвитию и самосовершенствованию (В.А. Лищук, Е.В. Мосткова); ценность в образовании (О.В. Верхорубова) [1, 4, 2]. В условиях высшей медицинской школы здоровье трансформируется в клинично-педагогический контент, основополагающее понятие в обучении студентов-медиков.

Цель исследования – раскрыть педагогические стратегии интерпретации понятия «здоровье» при изучении студентами медицинского университета дисциплины «Педагогика». Исследование проводится в рамках методической школы по разработке и внедрению инновационных методов обучения будущих врачей.

Разработка стратегии и содержания деятельности обучающихся на практических занятиях по педагогике опирается на положения федерального государственного образовательного стандарта, компетентностный подход, рабочую программу дисциплины. В учебном процессе активно применяется современный методический инструментарий, включающий инновационные образовательные технологии, активные методы обучения, самостоятельную работу, контрольно-оценочные методы [3].

В контексте работы Н.Н. Улановой, здоровье можно представить как структуру, состоящую из трёх блоков: ценностно-смыслового («смысл здоровья»), критериального («критерии здоровья») и поведенческого («здоровьесберегающее поведение») [5].

Практические занятия по педагогике – идеальная модель процесса формирования культуры здоровья: педагоги и обучающиеся приобретают знания о здоровье, учатся быть здоровыми. Рассматривая феномен здоровья как систему, преподаватели организуют образовательный процесс с учётом принципов антропологичности, интегральности, гуманистичности, личностно-ориентированной и педагогической направленности [2].

Главным мотивом выступает формирование позитивного отношения обучающихся к здоровью как ценности. Образ современной молодёжи – это образ активных, мобильных, трудолюбивых и культурных людей, нацеленных на самореализацию, создание семьи, соблюдение здорового образа жизни. Важным для человека культуры становится понимание и осознание ценности здоровья. Примером служит педагог, который формирует у обучающихся позитивное отношение к этим ценностям.

В процессе дискуссии обучающиеся раскрывают ценностные основы современной педагогической науки, устанавливают взаимодействие педагогики с медициной, приводят высказывания о роли педагогики и здоровья в жизни человека. Будущие врачи готовят информационные сообщения о врачах-педагогах (Ф. Рабле, Дж. Локк и др.), проводят контент-анализ афоризмов о здоровье в контексте медицинской педагогики.

Педагогическая стратегия изучения критериев здоровья (критериальный блок) предполагает реализацию технологии проблемно-ориентированного обучения, обучения,

основанного на научных исследованиях, ролевых игр. Студенты работают с методологическим аппаратом научного исследования, анализируют авторефераты медицинской тематики, пошагово реализуют алгоритм написания научного труда по медицинской педагогике (научную статью, внеплановую курсовую работу, отчёт и др.).

Технология «Педагогическая мастерская построения знаний», включающая анализ картин и отрывков из художественных произведений с различными медицинскими сюжетами, направлена на формирование общекультурных компетенций, расширение интеллектуально-клинического поля будущих врачей. Ролевая игра «Экспертиза» на основе использования информационно-коммуникационных технологий позволяет студентам продемонстрировать аналитические умения. В качестве экспертов они проверяют работу «медицинских сайтов», разрабатывают памятки для выстраивания эффективной коммуникации с клиентами на сайте. Будущие врачи анализируют проблемы цифровизации медицинских организаций в период пандемии, создают «цифровой банк» сервисов, мобильных приложений, позволяющих пациенту получить квалифицированную помощь в режиме онлайн.

Здоровьесберегающее поведение (поведенческий блок) формируется в процессе технологии командного обучения. Студенты объединяются в команды, конструируют виртуальные школы с учётом здоровьесберегающих технологий, разрабатывают конспекты воспитательных мероприятий профилактической направленности. В процессе «мозгового штурма» при анализе рекламных роликов по теме «Здоровье» будущие врачи выявляют механизмы продвижения здорового образа жизни, приобщения сверстников к эталону образа здорового общества.

Таким образом, интерпретация понятия «здоровье» при изучении студентами медицинского университета дисциплины «Педагогика» консолидирует синергетический эффект педагогики и медицины, конструирует образ современного врача, способного трансформировать профессиональный опыт в педагогические стратегии.

Список литературы:

1. Амосов, Н. М. Энциклопедия Амосова : раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – Москва : Изд-во АСТ, 2005. – 287 с. – ISBN 5-17-031641-0. – EDN QLLBUF.
2. Верхорунова, О. В. Формирование "здоровья" как ценности в образовании / О. В. Верхорунова // Перспективы науки и образования. – 2013. – № 4(4). – С. 50-59. – EDN QZYIAL.
3. Дрёмова, Н. Б. Формирование педагогического мастерства преподавателя вуза / Н. Б. Дрёмова, А. И. Конопля // Высшее образование в России. – 2015. – № 1. – С. 127-132. – EDN THDDXJ.

4. Лищук, В. А. Технология повышения личного здоровья / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова ; под редакцией академика РАМН В. И. Покровского. – Москва : Издательство "Медицина", 1999. – 320 с. – ISBN 5-225-04466-2. – EDN RDHKLV.

5. Уланова, Н. Н. Подходы к пониманию здоровья / Н. Н. Уланова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2013. – № 1. – С. 54-58. – EDN SIVTET.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА РЕЦЕПТОРА 1 ТИПА АНГИОТЕНЗИНА 2 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Дятлова А.М., Доценко Э. А.

Белорусский государственный медицинский университет, республика Беларусь

В структуре причин смертности, болезни системы кровообращения занимают первую позицию, составляя 54% по отношению ко всем причинам. По данным крупнейшего Фрамингемского исследования у 62% мужчин инфаркт миокарда (ИМ) и внезапная смерть являются первым проявлением сердечно-сосудистых заболеваний. Схожие данные приводит Гафаров В.В. и Благина М.Ю. (2003) при изучении всех случаев смерти от ИМ в г. Новосибирске за период 1992-1995 гг. среди населения 25-64 лет, где внезапная смерть зарегистрирована у 77.2% человек, а при аутопсии почти у половины мужчин, умерших от инфаркта миокарда, в анамнезе не было патологии [1]. Пять из десяти новых острых инфарктов миокарда случается у пациентов моложе 45 лет [2]. По результатам 10-летнего наблюдения, проведенного с 1985 по 1995 гг. в Москве, частота выявленных случаев ИБС у молодых мужчин возросла в 2.5 раза [3]. Смертность у мужчин трудоспособного возраста от БСК за десятилетие (1991-2000) по сравнению с предыдущим (1970-1981) выросла на 37%, а по сравнению с позапрошлым (1961-1970) — на 77,4% (Харченко В.И., Какорина Е.П., 2005).

Таким образом, очевидно наличие потребности разработки высокоинформативного алгоритма обследования, позволяющего выявить сердечно-сосудистые заболевания на стадии формирования заболевания, а не после манифестации клинических проявлений. Мировой опыт применения ПЦР и рестриктивного анализа с целью выявления генетических предикторов инфаркта миокарда остаётся прогрессивным и перспективным направлением научного поиска в целях преморбидной диагностики и первичной профилактики. Повсеместное применение фармакогенетического тестирования и учёта данных генетического паспорта позволит многократно увеличить эффективность

профилактики и лечения каждой отдельной нозологии. Уже существующие обновляемые ресурсы с результатами фармакогенетических исследований (www.pharmgkb.org), тест-системы для персонализированного подбора дозы (AmpliChip 450 tests) и валидные фармакогенетические маркёры (сайт FDA, США) уже используются в психиатрии, кардиологии, спортивной медицине.

Согласно одной из молекулярно-генетических баз данных HuGENET, раскрывающей значение вариабельности генома в генетической и молекулярной эпидемиологии болезней человека, из 2110 генов, представленных в этой базе, выделено 16 генов, для каждого из которых обнаружены ассоциации со всеми семью формами патологии, составляющими синтропию (патогенетическую общность) сердечно-сосудистого континуума. Пузырев В.П. отметил недостаточное количество метаанализов (минимальное количество проведено относительно гена рецептора 1 типа к ангиотензину 2 - AGTR1) [4]. У клиницистов особый интерес вызывает именно данный ген ввиду физиологической роли и доказанной выгоды терапии ингибиторами АПФ, блокаторами рецепторов ангиотензина 2 (сартанами).

Ген рецептора 1 типа ангиотензина 2 картирован в хромосоме 3q22 и состоит из 5 экзонов, ранжированных по размеру от 59 до 2014 п.н. Найдено несколько диаллельных полиморфизмов в кодируемом и 3'-нетранслируемом регионе этого гена. Один из них – замена аденина цитозином в 1166 позиции (A1166C) [5]. Выявление связи полиморфизма (инсерции/делеции A1166C) гена рецептора I типа ангиотензина II (ATGR1) и риска развития острого инфаркта миокарда представляет научный интерес.

В исследовании 2379 британских мужчин была выявлена взаимосвязь между генотипом СС и повышенным риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (частота 1.65). Итальянская группа исследователей отметила, что в группе коронарных событий (в том числе с летальным исходом) репрезентативность гетерозигот АС была выше ($p=0.016$) даже вне зависимости от клинических данных. Результаты проведенных западно-европейских исследований (исследование ECTIM во Франции с ИМ, SMILE в Нидерландах, включившее потомков лиц с ИМ, EARS в 11 странах Европы), указывают на необходимость анализа генетической предрасположенности к развитию ИМ в каждой отдельной популяции [6]. В исследовании ECTIM найдена ассоциация С-аллеля с инфарктом миокарда и повышение риска развития данного заболевания у пациентов. Кроме того, в данном исследовании был выявлен синергизм аллеля С AGTR1 и аллеля D гена АПФ в отношении риска развития инфаркта миокарда. При изучении полиморфизма генов ангиотензин превращающего фермента и рецепторов 1 типа к ангиотензину II и состояния регионарной гемодинамики при артериальной гипертензии у молодых мужчин

Северо-Западного региона России отмечено, что одновременное носительство генотипов DD и CC сопровождается достоверно более выраженными изменениями органов-мишеней, чем при других сочетаниях генотипов [7]. Подтверждена ассоциация ИМ с генотипом CC в японской и китайской популяциях. Но Минушкина Л.О. считает, что значение тех или иных генетических факторов в разных этнических популяциях может быть различными [8]. Рыжкова О.П. с соавторами в новом руководстве по интерпретации данных последовательности ДНК человека, полученных методами массового параллельного секвенирования (редакция 2018 г.) предлагают в случае анализа полиморфизма генов применять термин патогенный, вероятно патогенный, неопределенного значения, вероятно доброкачественный, доброкачественный [9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – анализ полиморфизма A1166C гена рецептора 1-го типа ангиотензина 2 (AGT1R) у мужчин 33-55 лет, перенесших ИМ при помощи полимеразной цепной реакции с последующим рестрикционным анализом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект исследования – больные терапевтического отделения для пострадавших и ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и доноры амбулаторно-поликлинического отделения УЗ “Радиационной медицины и экологии человека”, пациенты, находящиеся в отделении реабилитации постинфарктных больных Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов Великой отечественной войны. Исследуемая популяция – пациенты мужского пола 35-65 лет, граждане РБ. Основную группу исследования составили 72 пациента. Группа сравнения (38 человек) представлена донорами – мужчины трудоспособного возраста. Верификация диагноза ИБС осуществлялась при помощи объективного обследования, анкетирования для уточнения наследственного анамнеза у родственников первой линии родства с болезнями сердечно-сосудистой системы, заполнения опросника Роуза, сбора общеклинических лабораторных анализов, ВЭМП и СТРЕСС-ЭХО КГ. Полиморфизм гена рецептора 1 типа к АТ 2 изучался на базе отделения молекулярной генетики “РНПЦ РМ и ЭЧ” методом ПЦР с применением набора “АмплиКит” ATGR1 с последующим рестрикционным анализом и в центральной научно-исследовательской лаборатории УО «Гомельский государственный медицинский университет». Особенности функциональных нагрузок на миокард были оценены с использованием ВЭМП (по стандартным протоколам и при помощи стохастической пробы), стресс-ЭХО-КГ. Кроме того, для диагностики ИБС, уточнения наличия ишемической девиации сегмента ST, нарушений ритма и проводимости отдельным пациентам дополнительно выполнялось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных

статистических программ STATISTICA 6.0. Значимость различий долей в изучаемой структуре проведена с использованием непараметрического критерия χ^2 и с учетом поправки Йетца.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 110 пациентов было выделено 13 (11,8%) гомозигот по патологическому аллелю СС гена рецептора 1 типа к АТ 2, из них больных инфарктом миокарда и постинфарктным кардиосклерозом 47 человек и 4 гомозиготы СС (8,5%), стабильной стенокардией напряжения 5 человек и 2 гомозиготы (40%); с изолированной артериальной гипертензией из 20 человек лишь 1 имел патологическое гомозиготное носительство 5%; среди доноров (38 человек) – выявлено 6 гомозигот СС, что составило 16%. Но следует отметить, что у носителя патологического генотипа (СС АТGR1) донора семейный анамнез отягощен - у отца имели место 2 инфаркта (крупноочаговый в том числе) и инсульт в возрасте до 60 лет. Кроме того из 3 патологических гомозигот СС в группе инфаркта миокарда все были с крупноочаговым типом инфаркта, и у одного из этих пациентов инфаркт был повторным. Гомозиготы с нормальным аллелем – нормотип АА - встречались чаще, чем с патологическим во всех четырех группах: ИМ - 27 из 47 (57%), ССН – 2 из 5 (40%), АГ - 11 из 20 (60%); среди доноров распределение нормального аллеля составило 50%, так как из 38 исследуемых он встречался у 19. Распространенность гетерозигот АС составила: ИМ 16 из 47 (34%), ССН 3 из 5 (20%), АГ 7 из 20 (35%), 13 из 38 (34%) соответственно в группе доноров. Распределение патологических гомозигот в основной группе и в контрольной группе было примерно одинаковым, то есть в группе доноров распределение генотипов с патологией и без нее соответствовало общегрупповому.

Распределение аллелей, (n/%)			
Группа	сс	ас	аа
ИМ, n=47	4 - 9%	16 - 34%	27 - 42%
АГ, n=20	2 - 5.2%	7 - 37%	11 - 57%
СК, n=5	2 - 40%	1 - 20%	2 - 40%
доноры, n=38	6 - 16%	13 - 34%	19 - 50%
всего 110 респондентов			

Распределение курильщиков в группе инфаркта миокарда составило 29 из 47 - 61%. Из 37 инфарктных пациентов 78% были гипертониками. В 48% имело место сочетание инфаркта миокарда, артериальной гипертензии и курения (23 из 47). Ранний дебют инфаркта миокарда отмечен в группе гетерозигот по данному аллелю – носительство АС предрасполагало к развитию ИМ с 27 лет. Носители патологической гетерозиготы АС

также более склонны к патологии ССС, их семейный анамнез чаще осложнялся ИМ и инсультами у родственников первой линии родства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты исследования полиморфизма A1166C гена рецептора I типа ангиотензина II (ATGR1) в данной выборке среди белорусов указывают на относительно высокий его полиморфизм. Большая часть респондентов является нормальными гомозиготами. Риск развития сердечно-сосудистой патологии составляет 50%, что в сочетании с другими факторами может приводить к повышению вероятности кардиоваскулярной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гафаров, В.В. Смертность от острого инфаркта миокарда (эпидемиологическое исследование на основе программ ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», МОНИКА) / В.В. Гафаров // Кардиология. – 2003. – № 5. – С. 49–51.
2. Renin-angiotensin-aldosterone system polymorphisms: a role or a hole in occurrence and long-term prognosis of acute myocardial infarction at young age [Electronic resource] / BMC Med. Genetics. – 2007. Mode of access: <http://www.biomedcentral.com/1471-2350/8/27>. – Date of access: 12.9.2008.
3. Константинов, В.В. Динамика ишемической болезни сердца и факторов риска среди мужского населения Москвы за период с 1985 по 1995 / В.В. Константинов // Тер. Архив. – 1999. – № 1. – С. 12–14.
4. Синтропные гены болезней сердечно-сосудистого континуума / В.П. Пузырев [и др.] // Медицинская генетика. – 2009. – № 3. – С. 31–38.
5. Бочков, Н. П. Клиническая генетика: Учебник / Н. П. Бочков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 448
6. Пчелина, С.Н. Генетические факторы риска развития инфаркта миокарда у мужчин молодого возраста, проживающих в северо-западном регионе России /С.Н Пчелина [и др.] // Кардиология. – 2007. – № 7. – С. 29–34.
7. Минушкина, Л.О. Гены ангиотензин превращающего фермента, NO-синтазы и эндотелина-1 и гипертрофии миокарда левого желудочка у больных гипертонической болезнью коренных жителей Якутии / Л.О. Минушкина [и др.] // Кардиология. – 2005. – № 1. – С. 41–46.
8. Рыжкова, О.П. Руководство по интерпретации данных последовательности ДНК человека, полученных методами массового параллельного секвенирования (MSP) / О.П. Рыжкова [и др.] // Медицинская генетика. – 2019. – № 2. – С. 3–24.

РАСТИТЕЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО СРЕДСТВА МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ

Елецкая О.А., Зубкова И.В.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Если долгие годы в диагностике и лечении больных методы академической (ортодоксальной) медицины и методы, так называемой неконвенциональной (традиционной) медицины шли параллельно, то сегодня можно говорить о тенденциях к их сближению, сочетанию и интеграции. Один из наиболее известных и популярных методов традиционной медицины – фитотерапия, сегодня она является неотъемлемой частью клинической медицины. Также огромный интерес представляет опыт создания современных лекарственных препаратов на основе рецептов традиционной медицины.

Применяемые современной медициной кровоостанавливающие средства делят на средства резорбтивного и местного действия. По влиянию на механизмы гемостаза среди кровоостанавливающих средств обеих групп различают специфические и неспецифические средства. В качестве неспецифических средств резорбтивного действия иногда используют препараты лагохилуса опьяняющего, крапивы, тысячелистника, водяного перца и некоторых других лекарственных растений. Однако сведения о гемостатических свойствах этих препаратов основываются, как правило, на недостаточной и неконтролируемой современными методами оценке их эффективности.

В начале двухтысячных в научной литературе появились сообщения о создании турецкими учеными впервые в мире лекарства, которое при местном применении останавливает любое кровотечение в течение нескольких минут. Препарат, получивший название «Ankaferd BloodStopper», имеет растительное происхождение и разработан на основе рецепта народной турецкой медицины. «AnkaferdBloodStopper» зарегистрирован в России 04.03.2010 в качестве кровоостанавливающего средства в форме салфеток, раствора и спрея для наружного применения. В состав препарата входят сухие экстракты корней крапивы двудомной (*Urtica dioica*) 6 мг, листьев культурного винограда (*Vitis vinifera*) 8 мг, листьев солодки голой (*Glycyrrhiza glabra*) 9 мг, листьев альпинии лекарственной (*Alpinia officinarum*) 7 мг и травы тимьяна (*Thymus vulgaris*) 5 мг в 100 мл не содержащего этанол, стерильного раствора. Разработчики не указывают, какая жидкость используется в качестве растворителя, содержит ли препарат вещества, являющиеся компонентами свертывающей системы и оказывающие прямое влияние на процесс тромбообразования (например, тромбин, тромбопластин). Препарат предлагают использовать в качестве специфического кровоостанавливающего средства местного

действия в виде тампонов, спрея и раствора для орошения. Заявлено, что основные гемостатические и биохимические тесты препарата подтвердили образование сети нитей фибрина в плазме при взаимодействии компонентов препарата с белками крови, прежде всего с фибриногеном. Действие Ankaferd BloodStopper не связано с участием тканевых факторов, поэтому он эффективен и для пациентов с первичными и вторичными нарушениями гемостаза.

Учитывая общую концентрацию биологически активных веществ в составе препарата: суммарно 35мг в 100 мл, т.е. 0,035%, можно предположить, что растительные экстракты играют скорее вспомогательную, нежели основную роль в фармакологическом эффекте, производимом препаратом при наружном применении. Какова же роль растительных компонентов Ankaferd BloodStopper?

Листья винограда (*Vitis vinifera*, Vitaceae) – содержат фенолокислоты (производные гидроксибензойной и гидроксикоричной кислот); флавонолы (кверцетин); катехины (в том числе полимеры танины и проантоцианидины); лейкоантоцианидины; антоцианы (мальвидин-3-глюкозид). Оказывают противовоспалительное, антисептическое, кровоостанавливающее и ранозаживляющее действие.

Основными действующими веществами альпийской лекарственной (*Alpinia officinarum*, Zingiberaceae) являются эфирные масла, содержащие 1,8-цинеол, альфа-пинен, эвгенол, камфору, метилциннамат и сесквитерпены, флавоноиды. Получаемые из альпийской лекарственной препараты оказывают антисептическое, бактерицидное, ветрогонное, потогонное. Современными исследованиями обнаружено, что содержащиеся в ней вещества обладают противовоспалительной, противогрибковой и противоопухолевой активностью.

Основные активные компоненты корня крапивы (*Urtica dioica*, Urticaceae) - фитостерины (бета-ситостерин, стигмастерин, кампестерин и др., гликозиды стерина), а также лектины, водорастворимые полисахариды с иммуностимулирующим эффектом (глюканы, глюкоголактуроны), гидроксикумарины (скополетин), лигнаны. Сухой экстракт, (содержание фитостерина в пересчете на β -ситостерол не менее 0,8%) считается более эффективным, чем экстракт травы и листьев крапивы.

Биологическое действие солодки (*Glycyrrhiza glabra*, Fabaceae): адаптогенное, противовоспалительное, противоаллергическое, стимулирующее кору надпочечников, детоксицирующее, противовирусное, повышающее защитные свойства слизистой желудочно-кишечного тракта, отхаркивающее, нормализующее уровень глюкозы в крови, нормализующее баланс эстрогенов и др. Наиболее широко солодка известна своим обволакивающим, отхаркивающим и легким слабительным действием. В солодке

содержатся вещества, близкие как по своему строению, так и по действию к стероидным гормонам, которые вырабатываются корковым слоем надпочечников и обладают чрезвычайно сильными противовоспалительными свойствами. Из солодки выделили ряд биологически активных веществ, снижающих уровень холестерина в крови и способствующих исчезновению холестериновых бляшек в кровеносных сосудах.

С медицинскими целями также широко используют цветущие облиственные веточки тимьяна (*Thymus vulgaris*, Lamiaceae), содержащие эфирное масло (до 1,2%), состоящее из фенолов - тимола (до 42%) и жидкого карвакрола (до 20%), α -борнеола, п-цимола, пинена, γ -терпинена, α -терпинеола, а также кариофиллена; дубильных веществ, горечей, камеди, флавоноидов, линалоола, урсоловой, хлорогеновой, тимусовой и олеиновой кислот, минеральных солей. Экстракт, полученный из тимьяна, оказывает противовоспалительное, отхаркивающее, антисептическое, противомикробное, противогрибковое, обволакивающее и спазмолитическое действие. Активен в отношении патогенных кокков, грибов и гельминтов.

В зависимости от типа и полярности экстрагента, используемого для получения сухих экстрактов из растений в составе растительной фракции будут представлены фенольные соединения, такие как флавоноиды, кумарины и дубильные вещества, терпеноиды различных групп, фитостерины и полисахариды. Ни одна из этих групп биологически активных веществ в такой концентрации не может вызвать гемостаз при местном применении. Наиболее вероятно, что растительные экстракты обеспечивают дополнительный антисептический и противомикробный эффект за счет присутствия компонентов эфирных масел тимьяна и альпинии, антиоксидантное действие за счет флавоноидов винограда и солодки. Полисахаридная фракция корней крапивы может оказывать не только иммуномодулирующее действие, но выступать в роли стабилизатора в лекарственной форме. Кроме того, растительные компоненты могут придавать окраску и запах препарату.

Нельзя не отметить, что заявляемый разработчиками растительный состав препарата способствует его популяризации, поскольку традиционно лекарственные препараты растительного происхождения пользуются повышенным, и часто оправданным доверием врачей и их пациентов.

Разработка комбинированных специфических кровоостанавливающих средств содержащих, кроме тромбина и протромбина (таких как гемостатическая губка), экстракты лекарственных растений отечественной флоры, как разрешенных к медицинскому применению, так и применяемых традиционной медициной, – перспективное направление в области создания современных лекарственных препаратов.

Интерес представляет также возможность создания неспецифических гемостатиков местного действия, представляющих собой механические матрицы, на которые откладывается фибрин (таких как оксигелокс), комбинированные с определенными группами биологически активных веществ растительного происхождения, такими как флавоноиды, дубильные вещества, полисахариды, фитостерины.

KOVIDDAN KEYINGI SINDROMDA GASTROENTEROLOGIK O'ZGARISHLAR

Zargarova N.R.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

Maqsad: Xorazm viloyatida koviddan keyingi sindromda bemorlarda oshqozon-ichak trakti kasalliklarining klinik ko'rinishlarini o'rganish.

Material va uslublar: retrospektiv usul bilan, 2021-yilda Xorazm viloyatida COVID-19 bo'lgan 60 nafar bemor kasallik tarixi o'rganildi. Kasallikdan oldin va keyin gastroenterologik ko'rinishlar mavjudligi tahlil qilindi.

Natijalar: tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, 28,2% bemorlarda kasallikdan oldin gastroenterologik patologiya mavjud bo'lgan. Shundan 3,2% surunkali gepatit B va C, 8,4% - surunkali xolelitsit, 6,6% -surunkali gastrit, 3,3% -o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi va 6,7% – ta'sirlangan ichak sindromi. 1 - 3 oy davomida statsionar davolanishdan so'ng 46,7% da oshqozon-ichaktrakti buzilish paydo bo'lgan va saqlanib qolgan. 23,3%-odamlar eng ko'p uchraydigan simptom o'ng qovurg'a ostida, epigastral, mezo va gipogastral sohada og'riq kuzatilgan. 20,0% – ich kelishi buzilishi, diareya yoki qabziyat, 30,0% –meteorizm yoki flatulentsiya namoyon bo'lgan. Ba'zi bemorlarda meteorizm asosan mahalliy xususiyatga ega edi, chunki gazlar ichakning bir yoki bir nechta qismida to'plangan. Ushbu alomatlarning sezilarli ichastotasi yo'g'on ichakdagi mikrofloraning buzilishi va ichak kinetikasi tufayli ikkinchi darajali o'zgarishlarning rivojlanishini ko'rsatadi. Ko'pgina bemorlarda astenovegetativ belgilar mavjudligi qayd etildi. Bemorlarning aksariyati (53,3%) asabiylashdi. Natijada bemorlarning 18,3foizi uyqusizlikka uchragan va bemorlarning 30,0 foizi asossiz charchoqni sezishgan. Umumiy zaiflik haqida tekshirilganlarning 51,6% shikoyat qildi. 18 (30,0%) bemorda disbioz belgilari va oshqozon-ichak traktining harakatlanish buzilishiga bog'liq bo'lgan yallig'lanishsiz dispepsiya sindromi (epigastral mintaqada og'irlik va to'lish hissi, ko'ngil aynishi, kekirish) bilan birgalikda qayd etilgan. 20 (33,3%) bemorlarda jig'ildon qaynashi. 13 (21,7%) bemorda erta to'yinganlik hissidan shikoyat qildi, bu bakteriyalarning ortiqcha o'sish sindromi alomatlaridan biri bo'lishi mumkin edi.

Gastroenterologik buzilishi bo'lgan bemorlarda ichak mikrobiotsenozini va kasalliklarini baholash va ichak mikrobiotsenozini og'irligini aniqlash maqsadida bakteriologik tadqiqotlar o'tkazildi.

COVID-19 bo'lgan bemorlarda o'tkazilgan najaslarning bakteriologik tekshiruvi natijalariga ko'ra, bemorlarning guruhlarini I disbiozning kuchli darajasi 15 (53,4%) bemorlarda aniqlandi; II - 6 (21,4%); III - 2 (7,14%); IV - 3 (10,8%). 2 (7,14%) bemorlarda disbakterioz kuzatilmadi. Disbakterioz darajasidan qat'i nazar, bifido va laktobakteriyalarning ko'p yoki kamroq ekanligi kuzatildi, ularning mavjudligi ichakning to'g'ri ishlashi uchun juda muximdir. Shunday qilib, bifido bakteriyalarning yetishmasligi 16 (57,1%) bemorlarda va 14 (50,0%) da laktobakteriyalarda kuzatildi.

Xulosa: Xorazm viloyatida COVID-19 kasalligiga chalingan bemorlarning klinik ko'rinishlari 43,4% bemorlarda yo'g'on ichak mikroflorasining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan.

ВЛИЯНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT НА РИСК РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Золотарев И.А., Захарченко Т.С., Репина Ю.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти в Европе, в том числе и в Республике Беларусь. Определенная часть смертей может быть связана с фатальными нарушениями ритма, в частности желудочковой тахикардией. Согласно данным литературы большое влияние на риск развития вышеуказанных нарушений ритма имеет удлинение интервала QT.

Цель: определить частоту встречаемости удлиненного интервала QT у пациентов с желудочковыми тахикардиями.

Материалы и методы. В работе использован статистический метод. Для оценки длительности интервала QT данные стандартных электрокардиограмм были вручную скорректированы согласно формулам Bazett, Friderici и Sagie (Framingham). Объем пилотного исследования составил 21 электрокардиограмму пациентов из архива учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» за период 2011 – 2021 гг. Выполнен анализ полученных данных. Рассчитаны средние – Me (Q_{25} – Q_{75}) и относительные величины.

Результаты и их обсуждение. Длительность интервала QT, скорректированного по формуле Bazett, превысила предполагаемую верхнюю границу нормы, равную 440 мс, у

47,6% пациентов с желудочковой тахикардией, скорректированного по формуле Friderici – 38,1% и скорректированного по формуле Sagie (Framingham) – 38,1%.

Средний возраст пациентов составил 47 лет. Половой состав: 38% (8) – женщины, 62% (13) - мужчины

Выводы. Длительность интервала QT, скорректированного по Bazett, превысила предполагаемую верхнюю границу нормы, равную 440 мс, у 47,6% пациентов с желудочковой тахикардией, скорректированного по Friderici – 38,1% и скорректированного по Sagie (Framingham) – 38,1%. Вероятно, изменение интервала QT оказывает влияние на риск развития желудочковых тахикардий. Для достижения поставленной цели необходимо проведение исследования с большим объемом выборки.

АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ И КУРСА ПО ВЫБОРУ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ КГМУ

Зубкова И.В., Елецкая О.А.

Курский государственный медицинский университет, Российская Федерация

Одной из важнейших проблем подготовки кадров для фармацевтической отрасли является формирование здорового образа жизни. Это находит свое отражение в проектировании и реализации образовательных программ и в организации внеучебной работы со студентами.

В Уставе ВОЗ дано определение понятию «здоровье» как состоянию физического, духовного и социального благополучия. Таким образом, понятие здоровья на самом деле шире, чем просто отсутствие болезней. Также Устав ВОЗ рассматривает высший уровень здоровья как одно из основных прав человека [1].

По оценкам специалистов, здоровье человека на 50% зависит от его образа жизни, на 20% - от окружающей среды и лишь на 10% - от системы здравоохранения. Отсюда, актуальной является проблема здорового образа жизни (ЗОЖ) – индивидуальной системы поведения и привычек человека, направленной на сохранение и укрепление здоровья, продление жизни. Внедрить ЗОЖ «по приказу» практически невозможно. Работа в этом направлении должна заключаться в формировании мотивации к ЗОЖ у студенческой молодежи. Необходимо формировать «моду» на здоровый образ жизни.

Основными составляющими ЗОЖ являются соблюдение режима труда и отдыха, полноценное и регулярное питание, достаточная физическая активность, отсутствие вредных привычек.

Известно, что уровень физического здоровья современных студентов весьма далёк от идеального, причём проблема эта продолжает обостряться: интенсификация учебного процесса неизбежно приводит к перегрузкам студентов, гиподинамии и стрессовым ситуациям. Вместе с тем, положение ст. 41 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» среди прочих гласит: Охрана здоровья обучающихся включает в себя пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни, требованиям охраны труда; профилактику и запрещение курения табака или потребления никотинсодержащей продукции, употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств и психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов и других одурманивающих веществ [2]. Исходя из этого, любая применяющаяся в вузе педагогическая технология должна быть здоровьесберегающей, и это понятие можно рассматривать как характеристику её безопасности для здоровья обучающегося. В педагогической литературе встречаются различные определения термина «здоровьесберегающие технологии», но большинство исследователей сходится во мнении, что это система, создающая условия для сохранения и укрепления физического, духовного, эмоционального и интеллектуального здоровья обучающихся [3].

Все студенты, особенно на младших курсах, испытывают одинаковые трудности (перегрузки, стресс, проблемы с организацией рационального питания, недостаток сна и т.д.), о чём говорят данные проводимого анкетирования первокурсников [4]. Но большинство постепенно с ними справляется, и только немногие уходят от проблем, приобретая болезненные пристрастия к алкоголю, курению, а иногда и наркотикам. Что же является предпосылками приобщения студентов к вредным привычкам? Прежде всего, это отсутствие чувства ответственности и самодисциплины, а также так часто встречающееся среди подростков – студентов младших курсов стремление казаться более взрослыми, уйти из-под контроля родителей, что иногда сопровождается своеобразным «бунтом» против общепризнанных норм поведения. Ощущение неудовлетворенности жизнью, отсутствие жизненной мотивации особенно часто встречается у первокурсников, чей выбор будущей профессии был несамостоятельным, сделанным под влиянием родителей или вообще случайным.

Активная общественная и культурная деятельность не оставит времени на скуку и желание получить удовольствие, употребляя алкоголь или наркотики. Хотя нужно отметить, что проблема курения остается еще очень острой, несмотря на запреты и проведение различных акций

Итак, здоровьесберегающая деятельность включает в себя различные направления: учебное, научно-исследовательское, культурно-воспитательное. Остановимся на первых двух, т.к. именно они активно используются на кафедре общей и биоорганической химии.

Учебное направление включает в себя введение в преподаваемые дисциплины элементов, способствующих выработке здорового образа жизни, формирование компетенций, установленных Государственным образовательным стандартом по специальности 33.05.01 Фармация. Кроме того, это разработка дисциплин по выбору с экологической направленностью.

Научно-исследовательское направление включает развитие научно-исследовательской деятельности студентов по проблемам здоровьесбережения, участие в конференциях КГМУ и других вузов, посвящённых этой проблеме.

Для студентов-медиков проблема борьбы с вредными привычками двоякая: с одной стороны, это забота о собственном здоровье, а с другой – специалист-провизор должен быть готов к проведению информационно-просветительской работы по пропаганде здорового образа жизни и безопасности жизнедеятельности.

Изучение курса органической химии на фармацевтическом факультете предусматривает выполнение большого количества лабораторных работ, что подразумевает контакты с химическими веществами. Поэтому здоровьесберегающие технологии направлены на организацию надлежащих гигиенических условий учебного процесса. Учебный курс начинается с изучения правил техники безопасности. Вопросы здоровьесбережения включены в изучении отдельных тем курса. Например, при рассмотрении свойств спиртов обсуждаются вопросы формирования алкогольной зависимости, при изучении структуры и свойств алкалоидов – вопросы профилактики наркомании и т.д.

С целью развития экологического аспекта фармацевтического образования нами разработан курс по выбору «Химические превращения ксенобиотиков в организме».

Организм человека обладает защитным биохимическим механизмом, который предохраняет нас от пагубного воздействия чужеродных веществ. Знание возможных путей метаболизма чужеродных соединений в организме позволяет установить, какие из них более безопасны при применении, и избегать использования веществ, оказывающих выраженное вредное действие. Это также дает возможность объяснить токсичное действие ксенобиотиков на организм человека и выбрать метод детоксикации. Помимо самостоятельного влияния на различные функции организма, одни соединения могут оказывать перекрестное влияние на метаболизм других, стимулируя или угнетая его. Знание этих процессов позволяет объяснить, например, несовместимость некоторых

лекарственных препаратов, а значит, избежать побочных эффектов при выборе пути комплексного лечения заболеваний.

Курс «Химические превращения ксенобиотиков в организме» построен по следующему плану: сначала рассматриваются общие закономерности, затем студенты знакомятся с химическими превращениями, которым могут подвергаться в организме различные классы органических соединений и, наконец, рассматривается частный метаболизм промышленных химикатов, пестицидов, гербицидов, ксенобиотиков природного происхождения, пищевых добавок и некоторых лекарственных веществ различных групп.

В курсе «Химические превращения ксенобиотиков в организме» особое внимание уделяется рассмотрению метаболизма промышленных химикатов – веществ, применяемых в качестве растворителей и промежуточных соединений в производстве лекарств, косметических средств, детергентов, пластиков, красителей, пестицидов. Работники химической промышленности и многих смежных отраслей постоянно подвергаются токсичному воздействию этих веществ. Для уменьшения последствий этого воздействия необходимо соблюдение правил промышленной гигиены, разработка которых основана на знании химии, токсикологии и метаболизма используемых соединений. В данном разделе курса рассматривается метаболизм хлоруглеводородов, алифатических спиртов, ароматических углеводородов, ароматических нитросоединений и аминов.

В современной пищевой технологии широко используются различные химические добавки. Ксенобиотики, попадающие в организм с пищей, можно разделить на две группы: соединения, которые специально добавляются при производстве пищевых продуктов для улучшения их внешнего вида, вкусовых качеств, способности сохраняться, и соединения, которые попали в пищу случайно, как загрязнения.

К специальным добавкам относятся красители (азо- и флюоросцеиновые); вкусовые и ароматические вещества (глутамат натрия, ванилин, сложные эфиры, хинин); подсластители (цикламат натрия, сахарин, аспартам); растворители для красителей (пропиленгликоль); эмульгаторы (карбоксиметилцеллюлоза); антиоксиданты (аскорбиновая кислота, алкилгаллаты, бутилгидроксанизол, ионол); консерванты (бензойная кислота, сорбиновая кислота). Преимущества, получаемые от использования этих химических добавок необходимо сопоставить с возможным негативным действием на организм, особенно с токсическим воздействием в результате их продолжительного применения. Поэтому знание метаболической судьбы этих соединений очень важно для оценки потенциальной токсичности. Рассмотрение данной темы обычно вызывает у студентов интерес, т.к. с пищевыми добавками имеют дело все без исключения.

Курс «Химические превращения ксенобиотиков в организме» имеет и воспитательное значение. Так, при рассмотрении путей метаболизма спиртов затрагивается проблема химических основ возникновения алкоголизма, при рассмотрении метаболизма алкалоидов – проблема наркомании.

Мы считаем, что изучение химических аспектов экологии является важной составной частью фармацевтического образования, т.к. способствует формированию компетенций специалиста-провизора. Таким образом, здоровьесбережение в образовании – это комплексная проблема, включающая психолого-педагогические, воспитательные и гигиенические аспекты. Главная роль в формировании и сохранении здоровья принадлежит самому студенту, а задача вуза – создать условия для осознания ответственности за собственное здоровье и «здоровье» окружающей среды и воспитать потребность в здоровом образе жизни.

Список литературы:

1. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения.- Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901977493>
2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) - Режим доступа: <https://base.garant.ru/77308190/>
3. Ивахненко Г.А. Здоровьесберегающие технологии в российских вузах // Вестник института социологии. - 2012. - №6. - С.100-111.
4. Дроздова И.Л., Зубкова И.В., Басарева О.И., Гордиенко Л.А. Проблема профессиональной адаптации первокурсников / Сборники конференций НИЦ Социосфера. - 2014. - № 58. - С.78-80.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ COVID-19 ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Ивакин В.Е., Сосновская А.А.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Современный мир столкнулся с глобальной проблемой: пандемией новой коронавирусной инфекцией COVID-19, которую вызывает вирус SARS-CoV-2. Особую группу риска составляют пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями [1].

Особенности развития СН при новой коронавирусной инфекции. Вирус SARS-CoV-2 может провоцировать декомпенсацию хронической СН при наличии ССЗ. Острая

СН на фоне вирусной инфекции, очевидно, является следствием предшествующей систолической дисфункции, ОРДС и сердечно-сосудистой патологии (острой ишемии миокарда, ИМ, тахиаритмий, миокардитов или кардиомиопатий) [2]. Развивающаяся при COVID-19 легочная гипертензия из-за повреждения легких и гипоксии или вследствие тромбоэмболии легочных артерий увеличивает нагрузку на правый желудочек, приводя к повреждению кардиомиоцитов.

В настоящее время рассматривается несколько патофизиологических механизмов повреждения миокарда при COVID-19: непосредственное воздействие коронавируса на кардиомиоциты, благодаря его возможности связываться с рецепторами ACE-2 клеток сердечной мышцы; повреждение сердечной мышцы в условиях генерализованного воспаления, которое развивается при COVID-19. Также важную роль играет гипоксия миокарда в условиях системного воспаления и недостаточной оксигенации крови; электролитный дисбаланс, нередко возникающий при генерализованной воспалительной реакции; нарушения коронарного кровотока: ятрогенные повреждения сердечно-сосудистой системы. Различные противовирусные препараты, глюкокортикостероиды и другие лекарственные препараты, а также методы лечения, направленные на лечение COVID-19, также могут оказывать повреждающее воздействие на миокард [3].

Материалы и методы исследования. В ходе исследовательской работы были изучены 25 историй болезни пациентов, которые проходили лечение в Курской областной клинической больнице. Целью практической работы являлось изучение особенности течения сердечной недостаточности на фоне новой коронавирусной инфекции, анализ проводимого лечения в условиях стационара. Средний возраст пациентов $67,0 \pm 0,8$ лет ($M \pm SD$). Распределение по полу: 68% женщины и 32% мужчины.

Результаты. В анамнезе у большинства пациентов наблюдались ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, стенозирующий и нестенозирующий атеросклероз, нарушение проводимости как факторы риска развития СН.

У пациентов, страдающих сердечной недостаточностью, с диагнозом новой коронавирусной инфекцией, лабораторно подтвержденной, отмечалась внебольничная пневмония средне-тяжелого течения у 22 пациентов (88% случаев). Большинство пациентов предъявляли жалобы на общую умеренную слабость – 25 человек (100%), заложенность в груди – 19 человек (76%), чувство нехватки воздуха – 4 человека (16%) и ощущение сердцебиения – 2 человека (8%).

По данным лабораторных исследований в общем анализе крови отмечалась лимфоцитопения у 14 пациентов (56%), лейкоцитоз у 8 пациентов (32%) и тромбоцитопения у 5 пациентов (20%), в биохимическом анализе – увеличение

креатинина до $120 \pm 23,45$ ммоль/л ($M \pm SD$) – у 19 больных (76%); КФК-МВ до $32 \pm 5,4$ Ед/л – у 16 больных (64%); АЛТ до $36,2 \pm 4,78$ ммоль/л – у 4 пациентов (16%); АСТ до $38 \pm 4,62$ ммоль/л – у 3 пациентов (12%), мочевины до $9 \pm 0,8$ ммоль/л – у 2 пациентов (8%).

При анализе данных ЭКГ исследования были получены следующие результаты: гипертрофия миокарда левого желудочка у 25 больных (100%), метаболические изменения – 6 человек (24%), Q – инфаркт – 2 человека (8%), фибрилляция предсердий – 1 человек (4%), блокада ножек пучка Гисса – 1 человек (4%).

Ультразвуковое исследование сердца отобразило следующую картину нарушений в работе миокарда: у всех пациентов регистрировалось снижение фракции выброса левого желудочка (менее 50%) , вследствие гипертрофических нарушений в работе левых отделов; уплотнение стенок Ак, Мк, в части случаев при этом отмечалась регургитация на Мк +++ – 18 человек (72%); гипо/акинез верхушки циркулярно, передней, передне-перегородочной, передне-боковой стенок Лж – 13 человек (52%); жидкость в полости перикарда 100 мл, в плевральных полостях следы жидкости – 10 человек.

Сердечная недостаточность как осложнение регистрировалась при новой коронавирусной инфекции – 25 человек (100%); при двусторонней полисегментарной пневмонии – 20 человек (80%); гипертонической болезни – 19 человек (76%); ИБС:Q инфаркт – 19 человек (76%); атеросклероз – 19 человек (76%); СД 2 типа – 14 человек (56%); вирусный миокардит – 13 человек (52%); ожирение – 7 человек (28%); контролируемая АГ - 7 человек (28%); послеоперационный гипотиреоз – 1 человек (4%); последствия ОНМК - 1 человек (4%).

Лекарственная терапия сочетания COVID-19 и СН осуществлялась следующими препаратами: АЦСК – 23 человека (92%); Аторвастатин – 22 человека (88%); Брилинта – 21 человек (84%); Периндоприл – 21 человек (84%); Амлодипин – 20 человек (80%); Эноксапарин – 19 человек (76%); Бисопролол – 18 человек (72%); Спиринолактон – 15 человек (60%); Каптоприл – 8 человек (32%); Ксарелто – 5 человек (20%); Арбидол – 23 человека (96%); Цефтриаксон и Цефепим – по 1 человеку (по 4%) каждый.

Заключение. Воздействие вируса SARS-CoV-2 и других патогенных факторов, обладающих токсическим, провоспалительным и прокоагулянтным эффектами, может привести к декомпенсации сопутствующих ССЗ и увеличить госпитальную летальность.

Новая коронавирусная инфекция может провоцировать острое поражение миокарда и другие новые кардиологические осложнения. Поскольку ряд лекарственных препаратов, используемых при COVID-19, оказывают кардиотоксическое влияние, необходим постоянный контроль над гемодинамическими параметрами, ЭКГ и ЭхоКГ (по показаниям).

Выводы:

- 1) Существующие данные свидетельствуют о высокой встречаемости сопутствующей патологии у пациентов с COVID-19 среднего и старшего возраста;
- 2) Пациенты с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) составляют особую группу риска тяжелого течения COVID-19 и очень высокого риска осложнений;
- 3) Острая СН на фоне вирусной инфекции является следствием предшествующей систолической дисфункции, ОРДС и сердечно-сосудистой патологии.
- 4) На фоне новой коронавирусной инфекции отмечалось развитие тяжелого миокардита со сниженной систолической функцией.

Список литературы:

- 1.COVID-19 и сердечно-сосудистая коморбидность: поиск новых подходов к снижению смертности / С.С. Бунова, П.И. Охотникова, Ю. П. Скирденко [и др.]// Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2021.- Т.20, №4.- С.122-128.
- 2.Zhou F., Yu T., Du R. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020; 395 (10229): 1054–1062. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.
- 3.Сердечно-сосудистые события у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 / А. А. Плешко, Е. Б. Петрова, Е. А. Григоренко, Н. П. Митьковская // Кардиология в Беларуси. – 2021. – Т. 13. – № 4. – С. 580-595. – DOI 10.34883/PI.2021.13.4.007.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ COVID-19 В КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗА 2021г

Ивакин В.Е., Щербинина А.В.

Курский Государственный Медицинский Университет, Россия

Проблема прогнозирования течения и исходов инфаркта миокарда (ИМ) всегда занимала лидирующие позиции в кардиологии, что связано с высокой степенью инвалидизации и смертности работоспособного населения в Российской Федерации и мире в целом. В современных условиях данный вопрос приобретает качественно новое значение, так как заражению SARSCoV-2 зачастую подвержены люди с факторами риска

сердечно-сосудистых заболеваний или имеющимися сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). При COVID-19, возможно дополнительное повреждение миокарда и сосудов, которое способствует возникновению осложнений и утяжелению течения основного заболевания [1]. Это связано с тем, что гликопротеины вируса связываются с ангиотензинпревращающим ферментом 2 (АПФ2), который является отрицательным регулятором активности РААС, уменьшая его содержание в легочной ткани и сердце. Это приводит к доминирующему влиянию ангиотензина II и дополнительному повреждению тканей [2].

В ходе исследования был проведен комплексный анализ данных историй болезни 20 пациентов с инфарктом миокарда на фоне COVID-19, которые получили лечение в ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница» в 2021 году в условиях стационара.

При исследовании мазков из носо- и ротоглотки диагноз COVID-19 подтвержден в 100% случаев. Антитела к коронавирусу при экспресс-анализе иммунохроматографическим методом были выявлены у 7 пациентов (35%).

На женщин приходится 40% от всех пациентов (8 человек). Мужской пол является доминирующим – 12 человек (60%). Это связано с тем, что в популяции риск развития ИБС у мужчины в среднем возрасте выше. По мере старения этот показатель становится одинаковым с женщинами. Средний возраст пациентов составил 64 ± 9 лет. Можно заметить, что одинаково часто женщины болеют в возрасте от 61 до 70 лет (3 человека (15%)) и от 71 до 80 лет (3 человека (15%)). Это связано с большей продолжительностью жизни (в среднем на 10 лет) по сравнению с мужчинами, у которых пик заболеваемости приходится на возраст от 61 до 70 лет (5 человек (25%)).

Большинство пациентов - 85% (17 человек), уже имели хронические заболевания в анамнезе, а так же факторы риска, характерные как для COVID-19, так и для ОИМ. Из сопутствующих заболеваний встречались: гипертоническая болезнь (ГБ) – у 11 пациентов (55%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 6 (30%), сахарный диабет (СД) – у 4 (20%), тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) – у 1 (5%), хронический бронхит (ХБ) – у 2 (10%), бронхиальная астма (БА) - у 1 (5%), злокачественные новообразования (НО) - у 1 (5%), язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) - у 1 (5%). Для пациентов характерна коморбидность.

При оценке результатов общего анализа крови у 7 (35%) пациентов был выявлен нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, который является компонентом резорбционно-некротического синдрома при остром повреждении миокарда. У 3 пациентов (15%) отмечалась лимфоцитопения (является неблагоприятным

прогностическим критерием). Тромбоцитоз наблюдался у 3 пациентов (15%). Тромбоцитопения выявлена у 1 пациента (5%). СОЭ была ускорена у 10 (50%) пациентов, что можно связать как с ИМ, так и с развившейся пневмонией в результате воздействия COVID-19.

При исследовании биохимического анализа крови, в 85% случаев (17 человек) выявлена дислипидемия с повышением общего холестерина и атерогенной фракции липопротеидов. У всех пациентов (100%) отмечалось повышение КФК-МВ. У 3 (15%) пациентов наблюдалось повышение уровня креатинина. Повышение аминотрансфераз наблюдалось в 7 (35%) случаях.

При анализе температурной кривой, у 9 пациентов (45%) этот показатель находился в норме, субфебрильная температура наблюдалась у 10 (50%) пациентов, фебрильная – у 1 (5%).

По данным ЭКГ у всех пациентов был выявлены признаки, характерные для ОКС.

По данным компьютерной томографии, у 10 (50%) пациентов были выявлены изменения в легких, характерные для коронавирусной пневмонии среднетяжелого течения, у 3 (15%) – тяжелого течения. У 7 (35%) пациентов коронавирусная инфекция отмечалась легким течением, не осложненным пневмонией.

При анализе данных коронарографии у 17 (85%) пациентов отмечался гемодинамически значимый стеноз. Была проведена реваскуляризация. у 15% больных с подозрением на ОКС не было обнаружено значимых нарушений коронарного кровотока, что говорит о возможной имитации коронавирусной инфекцией клинической картины ОКС.

Всем пациентам проведена Эхо-КГ. Наиболее важным является показатель фракции выброса (ФВ) левого желудочка. У 9 (45%) пациентов он составил от 40 до 49%, что соответствует ХСН с пограничной фракцией выброса, у 7 (35%) пациентов – более 50% что соответствует ХСН с сохраненной фракцией выброса, у 4 (20%) пациентов – менее 40, соответствует ХСН с низкой фракцией выброса.

Степени дыхательной недостаточности соотносятся с показателем ФВ ЛЖ следующим образом (табл.1). У пациентов с ФВ ЛЖ < 40% ДН II степени встречалась в 15% случаев, ДН III степени – у 5%. При ФВ ЛЖ 40-49%, ДН II степени встречалась у 20%, ДН I степени – у 25%. При ФВ ЛЖ >50%, ДН II степени встречалась у 10%, ДН I степени – у 25%. Поэтому выраженность ДН прямо пропорционально связана с ФВ ЛЖ.

Взаимосвязи между поражением легких по данным КТ и показателем ФВ ЛЖ не выявлено. Так же не отмечалось зависимости ФВЛЖ от пола или возраста пациента.

Таблица № 1. Распределение больных по степени ДН и ФВ ЛЖ

Степень ДН	ФВ ЛЖ < 40%	ФВ ЛЖ 40-49%	ФВ ЛЖ > 50%
I	-	5 (25%)	5 (25%)
II	3 (15%)	4 (20%)	2 (10%)
III	1 (5%)	-	-

Для лечения пациентов использовалась: двойная антиагрегантная терапия, антикоагулянты, статины, антигипертензивная терапия, антибактериальная и противовирусная терапия. Тромболизис не проводился, так как все пациенты поступали в стационар позднее периода терапевтического окна (12ч.), что говорит о проблемах маршрутизации в условиях пандемии.

Средняя продолжительность лечения составила 5дней. На его фоне наблюдалась положительная динамика лабораторных показателей, улучшение общего состояния.

Список литературы:

1. Бубнова, М.Г. COVID-19 и сердечно-сосудистые заболевания: от эпидемиологии до реабилитации / М.Г. Бубнова, Д.М.Аронов // Пульмонология. – 2020. – Т. 30. - № 5. – С. 688-699.
2. Zhou, F. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. / F. Zhou, T. Yu, R. Du [et al.]. // The Lancet.– 2020.–V.395.–No.10229.–P.1054-1062.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА КУБАНСКИХ КАЗАКОВ

Ионов А.Ю.

Кубанский государственный медицинский университет, Россия

Растительный мир Северного Кавказа и Кубани, чрезвычайно богат и разнообразен, насчитывает около 3000 различных представителей флоры. Из них 160 можно отнести к лекарственным растениям, используемым в народной медицине и фитотерапии, и растениям из которых получают лекарственные препараты [6, 12]. Лекарственные растения, продукты пчеловодства, некоторые минералы издревле служили людям источником народного исцеления от различных недугов. Не угасает интерес к народной медицине и сейчас, ведь многие лекарственные средства, которыми нынче пользуются жители края, составлены на основе рецептов наших предков [1, 5, 6].

С начала переселения казаков на Кубань в связи с малой доступностью «лекарской» помощи (удаленность друг от друга куреней, станиц, бездорожья, опасность

передвижения, малочисленность больниц, госпиталей, врачей, отсутствия аптек и т.д.) почти каждая казачья семья имела свой «лечебник», основанный на семейных преданиях и собственном опыте. Почти в каждой станице был знаток народной медицины – целитель, он же, как правило, был и костоправом. А нужно было не только устраивать свой быт и осваивать новые земли, но и противостоять многочисленным болезням. Неудивительно, что народные целители и знахари пользовались особым уважением и даже получали официальное признание властей [3].

На Кубани столкнулись и затем смешались несколько традиций народной медицины: русская (иногородние, донские казаки), украинская (запорожские казаки), кавказская или восточная (адыги, армяне, татары, греки и пр.). Это смешение привело к взаимообогащению региональной народной медицины и разнообразию используемых природных средств [3]. Быстро перенимая опыт черкесских лекарей, «лечцы» Кубанского казачества открыли для себя богатство минеральных веществ Кубани и активно использовали их в совершенствовании аптекарской базы народной медицины. В инструментарий казачьего лекаря, призванного оказывать помощь и в мирное и военное время, входили такие предметы как: солевой камень для прижигания ран, лопатки для закладывания фитопрепаратов в рану, флаконы для хранения лекарственных средств, изготовленные из угольного стекла, и полые деревянные лопаточки, вырезанные из бузины и применявшиеся для удаления гнояного содержимого [7].

Наиболее распространенными заболеваниями в XVII-XIX веках были инфекционные. Эпидемии холеры, чумы, оспы, малярия уносили тысячи жизней. Среди хронических болезней преобладали легочные, туберкулез, желудочно-кишечные заболевания, трахома, эндемический зоб [3, 7].

При легочном туберкулезе основную группу рецептов составляли разнообразные диетические средства – свиное сало, жир барсука, ежа, медведя. Жиры, обычно, употребляли с горячим молоком или с горячим хлебом. Популярен был следующий состав: внутреннее свиное сало, пчелиный мед по, сюда же добавляли яичные желтки. Все кипятили, затем добавляли алое, одновременно рекомендовалось принимать порошок яичной скорлупы.

Ко второй группе средств, применявшихся при легочном туберкулезе, относились лекарственные растения: мать-и-мачеха, полынь, подорожник и зверобой смешивались в равных количествах и применялись в виде чайного настоя. Отвар из высушенных цветков мать-и-мачехи и корней или листьев подорожника употреблялись и в виде примочек при «золотухе».

Наконец, к третьей группе средств относили лук и чеснок (еще не подозревая о существовании фитонцидов) в виде вдыхания паров свеженатертого чеснока и лука или употребляя их с пищей.

Кашель и простудные заболевания верхних дыхательных путей лечили отваром из овса и ягод калины. Распространен был так же и отвар малины для питья или же яичный белок в сочетании с медом. При удушье использовали «кузьмичеву траву» (эфедру). Ангину лечили полосканием соленой водой. При остром насморке (рините) погружали ноги в горячую воду, затем насыпали горчицу в носки или смазывали козьем жиром переносицу и садились у горячей плиты [3,9,12].

При гастритах и язвенной болезни желудка использовали настойку подорожника. При поносах пользовался популярностью корень и семена конского щавеля в форме чайного настоя. В таком виде употребляли и высушенные арбузные корни. В почете был компот из сухих груш. При кровавых поносах (дизентерии) обязательно использовали репчатый лук или чеснок, настоянный на водке (самогоне). От кавказцев переняли и стали использовать зеленый чай. Большую роль в лечении желудочно-кишечных заболеваний и многих других болезней отводили Великому и другим постам с воздержанием от некоторых продуктов питания и алкоголя. Для избавления от глистов применялись семена тыквы, водную эмульсию больной выпивал утром натощак в течение часа, затем применял солевое слабительное [3,6,12].

Геморроидальные узлы смазывали растопленным внутренним свиным салом или настоем листьев белой лилии на постном масле. Этим же настоем смазывали и кожу при воспалительных процессах (дерматитах). Из внутренних средств, при геморрое, употребляли чайный настой подорожника.

На Кубани, где малярия (корчия) была массовым заболеванием, использовались многочисленные средства. Из лекарственных растений применяли в форме чайного настоя цвет подсолнуха, листья сирени, крапивы, лавровый лист, полынь, листья и кору ивы [6,7,12].

Из сердечнососудистых средств (удельный вес этих заболеваний в то время был невысок) использовали плоды боярышника, листья пустырника, сушеницу болотную. Пустырник и боярышник применяли также и при «падучей» (эпилепсии).

Противоревматические народные средства назначали наружно в виде втираний. Наиболее частая пропись: смешивали горчицу и пчелиный мед с небольшим количеством соли. Затем эту смесь втирали в суставы до ощущения жжения, после чего суставы обливали теплой водой, вытирали полотенцем и завязывали шерстяным платком до утра. Популярна у станичников была и своеобразная тепловая терапия: ячмень распаривали до

лопания зерна, обкладывали им суставы на ночь и укутывали шерстяным платком. Перед утром ячмень удаляли и делали сухое укутывание шерстяной тканью. Процедуру повторяли несколько раз. Пасечники–целители лечили медом, пчелиными ужаливаниями, а прополисом – заболевания желудка, кожные болезни, туберкулез, простудные болезни [1, 3, 6,12].

В результате персидского похода казачьи лекари познакомились с мумие, есть сведения о его ограниченном успешном применении при длительно незаживающих ранах, переломах костей, болезнях желудка [5].

При зобе (эндемический зоб был чрезвычайно распространен в Предгорьях Кавказа) использовали зеленые плоды грецких орехов, содержащие йод, таким образом, компенсируя его недостаток в организме [6,7].

При ночном недержании мочи у детей применяли цветки и траву зверобоя, что предотвращало мочеиспусканию во сне. При женских воспалительных болезнях часто использовали отвары коры дуба и после процеживания в теплом виде использовали для подмываний (спринцеваний) [3,7,12].

Известно, что некоторые травы обладают противораковыми эффектами. Условно, их можно разделить на противоопухолевые лекарственные травы первого и второго ряда. К первым относят травы, обладающие самостоятельным активным противоопухолевым началом, чаще всего нарушающим деление опухолевой клетки. Ко вторым – менее активные, имеющие широкий спектр действия (повышающий иммунитет, обезболивающий, седативный, противовоспалительный) [4,9].

При опухолевых заболеваниях, в том числе и злокачественных (тогда на Кубани эти заболевания не были столь распространены как сейчас) обязательно употребляли свежую капусту, красную свеклу, морковь, чеснок и лук в сыром виде, лопух, чагу. Некоторые целители с успехом использовали и сильнодействующие, ядовитые растения, которые в изобилии произрастали на Кубани. Такие как, болиголов, аконит (борец), барвинок розовый, чистотел, обычно, в виде спиртовых настоек. Их противораковые свойства в разное время нашли применение и в официальной медицине [4,5,12].

Видимо не просто так, Александр Исаевич Солженицын, связанный своими родственными корнями с Кубанью, автор знаменитого романа «Раковый корпус», сам переболевший онкологическим заболеванием и использовавший в лечении «противораковые ядовитые» растения, в частности аконит, писал: - «Что-то есть благородное в лечении сильным ядом: яд не притворяется невинным лекарством, он так и говорит: "Я яд! Берегись! Или-или!" И мы знаем, на что идем!» [8,10].

Занимались народные целители и лечением рака кожи, который и прежде был не редким явлением среди жителей Кубани. Наиболее распространенным методом терапии раковых язв было использование сока майского чистотела или спиртовой настойки зеленой массы чистотела. Вторым по целебному значению считался спиртовой раствор болиголова, в изобилии произрастающий на Кубани, если нанесение на рану этого состава вызывало неприятные болевые ощущения, то добавляли подсолнечное масло [4,12].

Использовали с успехом и смесь барсучьего жира и степного меда, добавляя полстакана сока алоэ, перемешивали и настаивали две недели. Затем этой массой смазывали раны или накладывали повязки. Иногда, использовали свежее свиное сало (или нутряное кроличье), прикладывая его на рану на ночь. Этот метод чередовали с дневным использованием чистотела или болиголова.

Была распространена и такая смесь для лечения незаживающих язв: измельчённая чага, мед, сок алоэ, подорожник, полынь, обычно, настоянные на самогоне. Применяли в качестве эффективного средства лечения ран настойку зеленых ростков картошки - "синеглазки". Эффект был сопоставим таковым при применении болиголова. С этой же целью использовали настойку молодых грецких орехов. [4,12].

Ассортимент наружных средств вообще отличался большим разнообразием. На резанные раны прикладывали очищенный корень или лист подорожника. Нередко, как наружное средство, употребляли пчелиный мед, настойки прополиса и чистотела. Мокнувшие, зудящие экземы лечили прикладыванием листьев капусты или смесью соков чистотела и капусты. От бородавок избавлялись, используя сок чистотела. При воспалительных кожных заболеваниях у детей, купали их в воде с добавлением отвара травы череды. Зола тополя, дуба, черешни и яблони применялись в виде присыпки при ранах. Многие из этих средств казаки-целители использовали при трофических язвах, а также при долго незаживающих огнестрельных и сабельных ранах [6,12]. Выпадение волос лечили мытьем головы отваром из равных частей корней лопуха и коней водяной лилии или втиранием этой смеси в кожу головы на ночь.

При «груднице» (маститы, мастопатии) рекомендовался настой из равных частей календулы (ноготки), крапивы, полыни (божье дерево), зверобоя. Этот же теплый настой (смочив им хлопчатобумажную или льняную ткань) прикладывали к грудным железам на ночь. При этом заболевании, а так же при фурункулах (чирьях) кожных и суставных болезнях использовали теплую, слегка увлажненную глину. Популярна была и смесь морковного сока, красной свеклы, чеснока, меда и самогона [3,6,7].

В некоторых станицах прикладывали на рану старые медные монеты на сутки, прибинтовывая. Утром обязательно оттирали их, чистили и вновь прикладывали к ране.

Казаки часто использовали спиртовой или масляный растворы прополиса, смазывая раневую поверхность. Часто употреблялась смесь прополиса и свиного сала [4,6,12].

В прошлом веке широко использовалось лечение пиявками, Кубань не была исключением. Этот метод кровопускания считался универсальным, и им лечили головную боль, закупорку вен, «падучую», заболевания печени и сердца. Народные целители, которые могли правильно поставить пиявки, были очень почитаемы в Екатеринодаре и некоторых станицах. Сохранился этот метод лечения и сейчас [1,3].

Редко помогает от болезни одно средство. Как правило, чтобы добиться успеха, необходимо сочетание нескольких трав, природных компонентов и различное их сочетание. Мы привели наиболее распространенные средства народной медицины и методы лечения на Кубани, использовавшиеся нашими предками. Не можем не заметить, что большинство из них сохранилось до настоящего времени и с успехом используется фитотерапевтами, реабилитологами, врачами санаторно-курортного комплекса и самостоятельно пациентами. Мудрость народная к счастью сохранила для нас эти «снадобья» и время подтвердило несомненную терапевтическую ценность многих из них.

В настоящее время описано около 320 тысяч видов растений, из них лишь 21 тысяча видов используется в медицине (Международный союз охраны природы - IUCN). В тоже время во всем мире отмечается тенденция увеличения спроса на препараты природного происхождения. В целом рынок растительных лекарственных и биологически активных добавок оценивается примерно в 14 млрд. долл., при этом почти половина приходится на европейские страны (The Herbal Medical Database), затем в порядке убывания следуют рынки Азии, Японии, Северной Америки. Так, например, Германия имеет наибольший рынок продаж таких препаратов (3,5 млрд. долл.) с соответственно высоким уровнем экономических и технологических цепочек. Подобные тенденции наблюдаются и в Российской Федерации (более 5 млрд. руб.). Лекарственные препараты растительного и природного происхождения составляют около 10 % от общего числа зарегистрированных на отечественном фармацевтическом рынке лекарственных препаратов, а по прогнозам специалистов, общая потребность в них будет только возрастать, кстати, некоторые из этих препаратов относятся к жизненно-важным, в том числе используемым в онкологии («Препараты индивидуальных веществ»). Эта тенденция обусловлена, видимо, следующим: увеличением доли хронических заболеваний, при которых необходима продолжительная и «мягкая» терапия, доступная цена, а также с верой людей в безопасность и эффективность препаратов природного происхождения [2,11].

Существуют и проблемы осложняющие использование этих препаратов. Они связаны в основном: с истощением и не безграничностью природных ресурсов

лекарственных растений, сокращением клинических исследований для большинства фитопрепаратов, определенных трудностей в стандартизации и как следствие не предсказуемости побочных эффектов, ухудшением качества сырья в связи с неблагоприятными экологическими тенденциями, конкуренцией с биологически активными добавками [2,11].

Таким образом, фоне высокотехнологичного вектора развития медицины применение лекарственных веществ природного происхождения сохраняет свою актуальность и имеет тенденцию к расширению. Несмотря на существующие недостатки, все больше людей во всем мире, и в кубанском регионе предпочитают природные препараты во многом сохраняющие традиции народной медицины. Это имеет огромное значение в комплексном санаторно-курортном реабилитационном лечении, динамично развивающемся в Краснодарском крае.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акопов И.Э. Важнейшие отечественные лекарственные растения и их применение : Ташкент : Медицина, 1990. 444 с. ISBN: 5-638-00164-6
2. Бойко Н.Н., Бондарев А.В., Жиликова Е.Т., Писарев Д.И., Новиков О.О. Фитопрепараты, анализ фармацевтического рынка Российской Федерации // Научный результат. Медицина и фармация. 2017. Т.3, №4. С.30-38. DOI 10.18413/2313-8955-2017-3-4-30-38
3. Ионов Ю.В., Ионов А.Ю. Из истории медицины Кубани : Краснодар : Традиция, 2009. 176 с. ISBN 978-5-903578-54-2
4. Ионов Ю.В., Ионов А.Ю. Противораковые растения Кубани и Северного Кавказа : Краснодар : Традиция, 2012. 112 с. ISBN 978-5-91883-062-8
5. Колесова В.Г., Марченко В.А., Сыроежко Н.В. Лекарственные растения в практике врача и провизора : СПб. : Изд-во МАПС, 2005. 17-18 с.
6. Литвинская С.А. Лекарственные растения природной флоры Кубани: региональное фитоприродопользование : Краснодар : Традиция, 2011. 144 с. ISBN 978-5-91883-019-2.
7. Медицина и медицинская культура Кубани: история, современность, вклад представителей академической науки : монография / С.Н. Алексеенко, А.Н. Редько А.Н., Е.Ф. Филиппов, Д.В. Веселова, Т.А. Ковалина, А.Ю. Ионов, И.Л. Чередник, В.В. Романцов, Е.Л. Никулина / под ред. С.Н. Алексеенко, А.Н. Редько, А.Ф. Филиппова. – Краснодар : ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2021. 188с. ISBN 978-5-903252-36-7
8. Сараскина Л. И. Солженицын : М. : Молодая гвардия, 2009. 959 с. (Жизнь замечательных людей; вып. 1175). ISBN 978-5-235-03245-3, ISBN 978-5-235-03210-1.

9. Соколов С.Я. Фитотерапия и фитотермакология: руководство для врачей : М. : Мед. информ. агентство, 2000. 976 с. ISBN 5-89481-061-2
10. Солженицын А.И. Раковый корпус : М. : Азбука, 2022. 480 с. ISBN 978-5-389-02813-5
11. Филиппова И. Рынок растительных средств: проблемы, перспективы, приоритеты // «Ремедиум». 2016. №7-8. С. 15-16. DOI 10.21518/1561-5936-2016-7-8-15-16
12. Харакоз М.Ф. Лекарственные растения Краснодарского края : 3-е изд., перераб. и доп. Краснодар : Совет. Кубань, 1997. 347 с. : ил.; 20 см.; ISBN 5-7221-0140-0

ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ВНУТРИУТРОБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ

Исламова Ш.А., Зокирова Н.Б.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность. Влияние механизмов эффекта пестицидов через организм матери на становление щитовидной железы потомства позволило бы разрабатывать методы профилактики, ранней диагностики и прогноза возможных негативных последствий у подрастающего поколения. Все это определяет высокую степень актуальности и научно-практической значимости планируемой работы. Целью исследования было выявление структурно-функциональных особенностей постнатального развития щитовидной железы потомства в условиях внутриутробного воздействия малых доз пиретроидных пестицидов.

За последние годы выявлено, что малые дозы пестицидов могут оказывать такие эффекты, которые совершенно не предсказуемы при использовании больших доз. Токсические эффекты при этом протекают скрытно, без определенных клинических проявлений, что чрезвычайно затрудняет проведения ранней диагностики, эффективной профилактики и лечения хронической интоксикации малыми дозами пестицидов. Это объясняется тем, что малые дозы пестицидов, прежде всего, поражают регуляторные системы организма, каковыми являются эндокринная и нервная, системы. Эндокринная система развивающегося организма является одной из самых чувствительных к действию различных загрязнителей окружающей среды, в том числе и пестицидов. В литературе уже давно прочно закрепился термин «эндокрин-разрушающие химикаты» (ЭРХ, англ. endocrine-disrupting chemicals), подразумевающий неблагоприятное их влияние на различные этапы синтеза, транспорта и функции гормонов на клетки-мишени. Нужно отметить, что эндокрин-разрушающее действие пестицидов новых поколений выявилось сравнительно недавно и сообщения об этом относительно немногочисленны.

Цель работы – выявление особенностей постнатального развития щитовидной железы потомства, полученного в условиях воздействия пестицидов через организм матери.

Материал и методы. Опыты проведены на потомстве крыс самок, полученных от здоровых самок, а также самок, подвергнутых воздействию широко используемых пиретроидных пестицидов фипронил (ФП) и фастокин (ФК) в период беременности и лактации. Щитовидную железу (ЩЖ) крысят изучали на 3, 7, 14, 21, 30 и 90 сутки после рождения. Использованы морфологические, морфометрические, иммуногистохимические, электронно-микроскопические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Установлено, что воздействие пестицидов в периоды беременности и лактации способствует развитию материнского гипотиреоза, который приводит к нарушению процесса постнатального роста и становления ЩЖ, что проявляется в виде вторичного гипотиреоза у потомства. Воздействие пестицидов на потомство через организм матери. Причем, замедление темпов становления ЩЖ, было более выраженным при интоксикации ФК по сравнению с воздействием фипронил (ФП). Электронно-микроскопически выявлены высокую функциональную активность макрофагов и деструктивные изменения субклеточных органелл лимфоидных клеток. Установлено, что воздействие пестицидов приводит к ингибированию пролиферативной активности тироцитов. В то же время внутриутробное и раннее постнатальное воздействие пестицидов привело к значительному увеличению степени апоптоза клеток в органах.

Выводы. В патогенезе нарушений постнатального развития органов в условиях воздействия пестицидов ведущую роль играет материнский гипотиреоз, способствующий развитию вторичного гипотиреоза у потомства. Раннее выявление гипотиреозов у беременных и новорожденных, и своевременная их фармакологическая коррекция будут способствовать предотвращению или уменьшению негативных последствий воздействия пестицидов на подрастающее поколение.

CHANGES IN THE DIGESTIVE SYSTEM IN PATIENTS WITH NEW CORONAVIRUS INFECTION

Ismoilova M.I.

Fergana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan

Annotation: currently, the disease that caused the pandemic was named Covid-19 by WHO, and the SARS-CoV-2 virus has come out [1]. After that, the study of the pathogenesis and

clinical signs of the disease caused by this new virus quickly attracted the attention of all medical personnel. Covid-19 was originally considered a respiratory disease, but increasing evidence has shown that it causes damage to both the main organs, including the digestive system. As a result of the analysis carried out, in patients with Covid-19, in addition to the symptoms of respiratory system damage, the symptoms of gastrointestinal tract damage were also manifested as leading signs.

Despite short-term studies, the mechanism of action of the Covid-19 virus on the gastrointestinal tract, the pathways and symptoms of damage, the effect on the intestinal microbiota have not been fully studied. At the same time, questions about the relationship of symptoms in the gastrointestinal tract with the main prognostic factors of a new coronavirus infection, the risk of developing pneumonia, acute respiratory failure, acute respiratory distress syndrome and sepsis have not been studied. All this suggests that it is necessary to continue research on the effect of developing digestive system lesions on the course and prognosis of the disease in the case of COVID-19.

Keywords: COVID-19, diarrhea, chronic intestinal inflammatory diseases digestive system, pneumonia

The RNA of the COVID-2 virus whose official name is SARS-CoV-2 [severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (coronavirus 2, which causes severe acute respiratory syndrome) came out of the feces sample of a 35-year-old patient who admitted to the US in 2019 with a complaint of nausea, vomiting, diarrhea a day later [3].

SARS-CoV-2 RNA is detected in the feces from the 5th day of the disease. The intensity of its detection reaches a maximum in 11-days. In a small part of the patients, the virus RNA is preserved in the feces until the respiratory symptoms, as well as the results of the appropriate examination of the respiratory organs, are normalized.[4-9]. According to some authors, the discovery of a viral RNA in the feces does not cause its resistance to the digestive system[10].

As it turned out, coronavirus enters the body through the receptors of the angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) (angiotensin converting enzyme 2, ACE2). During the period of COVID-19, high expression of ace2 receptors is noted not only in Type II of alveolar cells in the lungs, but also in epithelial cells of the stomach, duodenum and gland of the rectum [4, 11-13], which leads to the appearance of gastroenterological symptoms in patients with COVID-19 [9]. In a Chinese study, vomiting was recorded in 5-6 percent of 1099 patients with proven COVID-19 diagnosis, and diarrhea was recorded in 3-8 percent[14].

In the clinical analysis of the disease, the most frequent symptoms were anorexia (83.8%), diarrhea (29.3%), vomiting (0.8%), abdominal pain (0.4%) in 204 patients with confirmed infection of COVID-19 (107 men and 97 women, mean 54.9 ± 15.4 years). Such patients

required long-time control (9 days) in stationary conditions compared to other patients (7.3 days, $r = 0.02$). At the same time, in 53.4 percent of patients with complaints of COVID-19 and gastroenterology, RNA SARS-CoV-2 was found in feces [15].

More abdominal pain was observed in patients with COVID-19 severe undergoing treatment in intensive care unit [16].

The results of the examination of the group of patients with COVID-19 showed that the most frequent complaints from Gastroenterological symptoms were diarrhea (24.2%), behind which there was anorexia (17.9%) and nausea (17.9%) [17]. Diarrhea develops a lot in the process of hospitalization of patients, which can be attributed to the use of antibiotics. Viral RNA was seen in 52.4% of feces in patients with Gastroenterological symptoms, 39.1% in patients without Gastroenterological complaints. Six patients with gastrointestinal symptoms underwent EGDS.

In severe patients, RNA is found in the stomach, duodenum and rectum mucosa, while in non-4 severe patients it is found only on the duodenal mucosa. In addition, in one severe patient, erosion of the esophagus and bleeding from the wound were detected.

The authors concluded that the fecal-oral route of infection can also take place in coronavirus infection. In some cases, diarrhea can occur in the first place in the clinic COVID-19.

Including, Y. Song and both. [18] noted that the 22-year-old patient was hospitalized with diarrhea (3-4 times a day) and subfebrile fever. Two-sided pneumonia was detected when the patient underwent a chest X-ray, and SARS-CoV-2 RNA was found in the grease from the nose-ring. After specific antiviral therapy (lopinavir and ritonavir), diarrhea was paralelally stopped with the disappearance of changes in the lungs.

The results of observation of patients in China show that in COVID-19, the intensity of damage to the digestive system is changing. In particular, in 2,0-35,6% of patients with diarrhea observed cases of ida, nausea 1-12%, vomiting 1,0-6,4%, abdominal pain 6%. Symptoms of damage to the digestive system in COVID-19 also encountered in children. 8.8% of sick children observed ida diarrhea and 6.4% ida vomiting. In such patients, respiratory symptoms appeared much later or were not observed at all[16, 19].

Typical respiratory symptoms were mainly typical for the first wave of coronavirus infection, while the symptoms of the gastrointestinal tract were typical for the second wave[15, 20].

Compared to patients without such complaints(8,14 and 20,45% compared with patients), the course of the disease was severe and critical(22,97 31,08%) in 74 patients with Gastroenterological complaints COVID-19 . Gastroenterological complaints were noted that

patients with COVID-19 suffered frequent fever $> 38,5^{\circ}\text{C}$ (39,19%), total malaise (31,08%), nausea (10,81%), headache (21,62%) [21].

Other information was provided by Iranian authors. They observed a group of patients who had Gastroenterological complaints (pain in the epigastral area, constipation, diarrhea, nausea, vomiting, etc.) and who were not usually exposed to the drugs used in such cases. After a comprehensive examination, which included CT and COVID-19 test tests of the thoracic organs, they found various forms of SARS CoV-2 virus and lung damage. Also, after 2-3 weeks, without treatment, the clinical symptoms disappeared in patients. In one of the patients, there were no specific symptoms of respiratory system diseases[22].

In the literature, the interaction of COVID-19 and chronic inflammatory diseases of the digestive system was discussed. S. Mazza and co-authors [23] cited a description of an 80-year-old patient who suffered from left-sided ulcerative colitis for 3 years. The patient was hospitalized against the background of COVID-19, when the disease was exacerbated (with fever, hematoxesis, anemia, many ulcers of the rectosigmoidal part of the intestine). A few days after treatment with intravenous corticosteroids, the patient's condition improved, the temperature normalized, the frequency of the chair decreased significantly.

But on 4-th day again appeared fever up to 39° . Double-sided pneumonia was confirmed in the chest computed tomography, SARS-CoV-2 RNA was found in the nose-folk grease. Despite the ongoing treatment, the appointment of antiviral therapy, the transition to the peroral reception of prednisolone, the support of breathing, the patient died on the 14th day of the hospitalization.

In patients with chronic inflammatory bowel disease, the risk factors of the origin of COVID-19 infection were determined, and the characteristics of maintaining patients with endemic conditions were determined.

The recipient of immunosuppressive therapy, the disease is patients with high activity, trophological insufficiency, recently visited a medical institution, as well as adult patients; patients with additional diabetes and hypertension, pregnant women. In the case of pandemic conditions, patients were advised to continue therapy, which was prescribed earlier, if their condition was stable. Bunda is allowed to use Mesalazine and corticosteroids.

In the case of the occurrence of COVID-19, patients should stop taking prednisolone (if they took them at a dose of $> 20\text{ mg per day}$), azathioprine, 6-mercaptopurine and methotrexate [24, 25].

The Virus can cause direct damage to liver cells, which is confirmed by the detection of high expression of AAF-2 receptors in holangiocytes [26, 27].

In patients with longer-term stages of chronic diffuse diseases of the liver (cirrhosis), the risk of infection is high due to immune disorders [28].

In addition, the transaminase level increases against the background of taking lopinavir and ritonavir, which can be returned to the norm after the end of treatment [32]. In the histological examination of liver biopsies in patients with COVID-19, inflammation and tiny droplet fatty infiltration of liver fragments was detected. No viral invasion of hepatocytes was found [33].

The data on the Association of current liver diseases with SARS-CoV-2 infection are limited and many issues remain open. For example, chronic viral hepatitis V (more common in China than in Europe) probably does not affect the results of COVID-19 [14]. In addition, there is an unconfirmed hypothesis that immunosuppression can provide protection against immunopathological changes that develop lung damage when the disease is severe [33, 34].

This may be due to macrophage faecal syndrome within the framework of hyperglycemia syndrome. This is associated with cytokine “storm”, which leads to polyorgan insufficiency [35]. It turns out that an increase in the level of alanine aminotransferase (ALT), a decrease in platelets, as well as a low level of albumin in the blood are associated with an increased mortality of the patient. [36]. Patients with metabolic comorbid conditions (diabetes, arterial hypertension and obesity), as well as patients with liver fatty hepatosis and steatogepatitis, may experience severe COVID-19 infection [29].

It is believed that it is not necessary to reduce the doses of immunosuppression drugs in patients with autoimmune liver diseases. It is necessary to address the issue of reducing the dose of immunosuppression drugs in the case of severe cases of drug-induced lymphopenia or developed coronavirus infection with bacterial/fungal superinfection [29]. Today, issues of nutrition of patients with coronavirus infection are actively being developed. It is desirable to include in the diet of food no less than 1,5 glasses of liquid milk or other dairy products that maintain a corresponding protein content (for example, 38 dry milk, 30 gr cheese and others), as well as products enriched with lactobacteria, pre- and probiotics.

It turns out that lactoferrin reduces the entry of SARS-CoV-2 into the cell by blocking its binding to the cell membrane. In turn, α -lactalbumin positively affects the immune response by supporting the balance of the intestinal microbiota and stimulating the synthesis of glutathione, which regulates the functions of lymphocytes and other cells of the immune system.

At present, it is recommended to reduce the consumption of sugar <5 gr, as well as to add to the diet vegetables, fruits, legumes, cereals (oatmeal, brown rice, barley, millet, hard pasta, bread). In the case of limited access to the consumption of the above products of patients associated with COVID-19, it is necessary to reduce the consumption of processed and

conserved products that provide up to 75% of the daily norm of soup tuzi in the food diet and soup salt to 5 gr [37].

Given that the patients were in the room for a long time, it was recommended to consume 10 mcg of vitamin D daily in a dose. The importance of vitamin D3 in the Prevention of lung tissue damage is being discussed. Who noted that any alcoholic beverages can not be consumed as prophylactic or therapeutic measures COVID-19. In addition, it is recommended to limit the consumption of fat to 30% of the daily requirement; the share of animal products in Bun (animal fat or refined products) should not exceed 10% [40].

Thus, the COVID-19 virus can damage the gastrointestinal tract in several ways. First, it can enter the cells of the organism indirectly by receptor-binding. Secondly, it can induce inflammation and increase the permeability of the mucous membranes. Finally, the virus can affect the composition of the intestinal microbiota, disrupt the interaction of the "intestine-lung" axis and thus cause an outbreak of respiratory symptoms. In this case, it is worthwhile to appoint drugs that strengthen the immune system of the digestive and respiratory mucous membranes, which can reduce the incidence with a new coronavirus.

At the same time, the Association of gastrointestinal symptoms with the main prognostic factors of a new coronavirus infection, the risk of developing pneumonia, acute respiratory failure, acute respiratory distress syndrome, sepsis remains problematic. All this indicates the need to study the damage to the digestive system in the case of COVID-19 and the effect on the course of the underlying disease.

References:

1. Ivashkin VT, Sheptulin AA, Zolnikova OY, Okhlobystin AV, Poluektova EA, Trukhmanov AS, Shirokova EN, Gonik MI, Trofimovskaya N.I. «Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и система органов пищеварения». Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2020;30(3):7–13. <https://doi.org/10.22416/1382-376-2020-30-3-7> <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-3-7>
2. Temporary Guidelines "Prevention, Diagnosis and Treatment of a New Coronavirus Infection(COVID-19)»
3. Holshue M.L., DeBolt C., Lindquist S., Lofy K.H., Wiesman J., Bruce, et al. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. N Engl J Med. 2020 Mar 5;382(10):929–36. DOI: 10.1056/NEJMoa2001191
4. Xiao F., Tang M., Zheng X. Liu Y., Li X., Shan H.Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2.11 Редакционная / Editorial www.gastro-j.ru Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2020; 30(3) / Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol 2020; 30(3) Gastroenterology. 2020; 158(6):1831–33. DOI:10.1053/j. gastro.2020.02.055

5. Zhang W., Du R.H., Li B., Xu D., Wang J., Li Z., Lin J. Molecular and serological investigation of 2019- nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. *Emerg Microbes Infect* 2020;9(1):386–9. DOI:10.1080/22221751.2020.1729071
6. Tang A., Tong Z.D., Wang H.L., Dai Y.X., Li K.F., Liu J.N., et al. Detection of novel coronavirus by RTPCR in stool specimen from asymptomatic child, China. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(6):1337–39. DOI: 10.3201/ eid2606.200301.
7. Young B.E., Ong S.W.X., Kalimuddin S., Low J.G., Tan S.J., Loh J., et al. Epidemiologic features and clinical course of patients infected with SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA*. 2020;323(15):1488–94. DOI:10.1001/ jama.2020.3204
8. Chan K.H., Poon L.L., Cheng V.C., Guan Y., Hung I.F., Kong J., et al. Detection of SARS coronavirus in patients with suspected SARS. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(2):294–9. DOI:10.3201/eid1002.030610
9. Wu Y., Guo C., Tang L., Hong Z., Zhou J., Dong X., et al. Prolonged presence of SARS-CoV-2 viral RNA in faecal samples. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2020;5(5):434–35. DOI: 10.1016/S2468-1253(20)30083-2
10. To K.K.W., Tsang O.T.Y., Yip C.C.Y., Chan K.H., Wu T.C., Chan J.V.C., et al. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin Infect Dis*. 2020; 12:149. DOI: 10.1093/cid/ciaa149
11. Lu R., Zhao X., Li J., Niu P., Yang B., Wu H., et al. Genomic characterization and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020; 395(10224):565–74. DOI: 10.1016/ S0140-6736(20)30251-8
12. Zhou P., Yang X.L., Wang X.G., Hu B., Zhang L., Zhang W., et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature* 2020; 579(7798):270–273. DOI: 10.1038/s41586-020- 2012-7
13. Liang W., Feng Z., Rao S., Xiao O., Xue X., Lin Z., et al. Diarrhoea may be underestimated: a missing link in 2019 novel coronavirus. *Gut*. 2020;69(6):1141–43. DOI: 10.1136/gutjnl-2020-320832
14. Guan W.-J., Ni Z.-Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.Q., He J.X., et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1708–20. DOI:10.1056/NEJMoa2002032

15. Pan L., Mu M., Ren H. G., Yang P., Sun Y. Wang R., et al. Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional, multicenter study. *Am J Gastroenterol*, 2020;115(5):766–73. DOI:10.14309/ajg.0000000000000620

16. 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):1061–69. DOI:10.1001/jama.2020.1585

SURXONDARYO VOXASIDA ISHEMIK INSULTNING YOSHLAR ORASIDAGI KLINIK XUSUSIYATLARI

**Iskandarova D.E.^{1,3}, Usmanova D.D.², Iskandarov E.R.^{1,3}, Iskandarova N.E.⁴,
Eshboyev A.T.³**

¹ Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali, Termiz

² Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, Toshkent

³ Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Surxondaryo filiali

⁴ Termiz Davlat universiteti, Termiz

Bosh miya qon aylanishining o'tkir buzilishi ko'plab davlatlarda mehnatga turg'un layoqatsizlik va o'limga olib keluvchi yetakchi sabablardan biri bo'lib qolmoqda. Insultning mehnatga layoqatli shaxslar orasidagi muammolar dolzarbligi va qiyinchiligi tibbiy diagnostik aspektlarining murakkabligi, yoshi katta bemorlardagi insult sabablari bilan farqliligi, shuningdek ijtimoiy-iqtisodiy omillarning yetarlicha o'rganilmaganligi bilan bog'liqdir.

Tadqiqod material va uslublari. Tadqiqodda 2018-2020 yillar davomida Surxondaryo viloyatining barcha tumanlarida qayd etilgan 3000 ta kasallik tarixi va registr anketalari retrospektiv usulda insultning milliy registri asosida o'rganib chiqildi.

Tadqiqod natijalari. Bemorlarning 85% (n=2550) da ishemik, 15% (n=450) da gemorragik insult qayd etilgan bo'lib, ishemik insultning 57% (n=1454) bosh miya qon aylanishining tranzitor ishemik ataka tipida buzilishiga to'g'ri kelgan. O'rganolayotgan bemorlarning 55 % (n=1650) ni erkaklar, 45 % (1350) ni ayollar tashkil etgan.

Kasallikdan so'ng, barcha insultlarga nisbatan olganda, 99% (n=2970) da bemorlar hayoti saqlanib qolgan bo'lsa, 1% (n=30) bemor hayotdan ko'z yumgan.

Bemorlar mos ravishda 2 guruhga ajratildi: 1-guruh (yoshlar guruhi) - 45 yoshgacha 1500 ta, 2- guruhga 46 yosh va undan yuqori bo'lgan 1500 ta bemor kiritildi.

Yoshlar orasida ishemik insult rivojlanishining asosiy havf omili yakka xoldagi arterial gipertoniya – 26 %, bosh miya magistral arteriyalarining stenozli zararlanishi - 18 %, ularning birgalikda kelishi - 33.3%, yurak patologiyalari - 23,2 %, temir tanqisligi anemiyasi – 55 %, qandli diabet 16 % ni tashkil etgan. 30 ta ayolda doimiy ravishda gormonal kontroseptiv vositalarni qabul qilgan, 2 tasining anamnezida surunkali alkogol qabul qilgani ko'rsatilgan. Shuningdek, yoshi kattalarga nisbatan yoshlarda ishemik insultning rivojlanish xavfi tashxislanmagan va davolanmagan yakka xoldagi arterial gipertenziyada 1,4 marta, revmovaskulit fonida 3,8 marta ko'p bo'lgan. Nasliy moyillik, surunkali alkogolizm, tamaki chekish, uzoq muddat kontraseptivlarni qabul qilish fonida ishemik insult rivojlanishning nisbiy xavfi yosh bemorlar guruhida yoshi kattalarga nisbatan muvofiq tarzda 1,5; 2,76; 1,4 va 3,36 marta yuqori bo'lgan.

Xulosa. O'tkazilgan tadqiqot natijalari ishemik insult yoshlar orasida ham kam uchramasligi va erkaklar orasida ayollarga nisbatan ko'proq uchrashi aniqlandi. Yoshlardagi ishemik insultning gemorragik va yoshi kattalardagi insultdan farqli jihati sabablarining ko'pligi hisoblanadi va bu o'z navbatida bevosita rivojlanish xavfini sinchkovlik bilan tashxislashni talab qiladi.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Исмоилова М.И.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Появление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) поменяло экономические, социальные и политические стереотипы, а также внесло изменения в самые разные стороны медицины, в том числе в гастроэнтерологию. Хотя фатальное значение обычно имеет поражение легких, изменения желудочно-кишечного тракта и печени также могут играть существенную роль в клинической картине, а в ряде случаев ассоциироваться с неблагоприятным прогнозом.

Цель исследования. Изучить симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта при тяжелом остром респираторном синдроме, вызванном коронавирусом SARS-CoV-2.

Материалы и методы исследования: Наблюдение было проведено в провизорное отделение организованные во время пандемии при ФФРНЦЭМП. С 18.09.2020 по 16.01.2021 лечилось 1836 больные с коронавирусной инфекции. Клинические признаки в начале заболевания у многих больных была высокая температура $> 38^{\circ}\text{C}$, сопровождающейся ознобом, миалгией, головными болями и сухим кашлем. Проведено

исследование общий анализ крови развернутый, мочи, кала, биохимический анализ крови и рентгенологические.

Результаты: Желудочно-кишечные проявления зафиксированы у 1050 из 1836 пациентов; у 122 пациентов (11,6 %) — на момент госпитализации, тогда как у 520 (49,5 %) пациентов они появились во время пребывания в стационаре. Основными симптомами со стороны ЖКТ были диарея у 96 пациентов (9,1%), отсутствие аппетита 188 (17,9%) и тошнота 188 (17,9 %), при этом в 5,3%, 5,3% и 3,2% случаях, соответственно, эти симптомы появились в начале болезни. У большинства пациентов диарея развилась во время нахождения в стационаре (возможно, этому способствовала лекарственная терапия, в том числе антибиотикотерапия).

Из 96 пациентов с диарейным синдромом было у 26 (27,0%) по инвазивному и у 70 (73%) по секреторному типу диареи. В общем анализе крови и мочи особые изменения не было. У 71,8% больных в копрологии жидкий водянистый стул, лейкоциты 10 – 15 п/з, нейтральные жиры – 4 – 5 . У 27% стул в малом порции, с патологическими примесями, лейкоциты 28 -30 п/з, эритроциты 3 – 2, мыло 3 – 4. В бактериологическом исследовании были отрицательные результаты. У всех наблюдаемых в биохимическом анализе крови показатели были выше нормы 2 – 3 раза. 13,5 – 19% больных с бронхопневмонией. Принимали пациенты с инвазивному типу антибиотики широкого спектра действия в течение 5 дней, а пациенты с секреторным без антибиотика регидратационную терапию. Препараты по основному заболеванию принимали по схеме.

Выводы. COVID-19 может провоцировать поражение желудочно-кишечного тракта. Нельзя исключить фекально-оральный механизм передачи коронавирусной инфекции.

ПРИМЕНЕНИЕ САЛАМОЛ ЭКО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Йулдашев Ш.М., Солиев Р.К., Киргизбоев А.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Некоторые авторы предпочитают название астматический бронхит перед спастическим, что вряд ли можно считать правильным, поскольку, несмотря на то, что картина в некоторой степени напоминает приступ бронхиальной астмы, заболевание не имеет ничего общего с ней. Оно встречается довольно часто в грудном возрасте, проходит без последствий и в очень редких случаях позже развивается бронхиальная астма.

Актуальность. По данным официальной статистики, бронхиальная астма (БА) среди детей встречается в 7 – 20 %, а у взрослых – в 5%. БА является актуальной проблемой клинической педиатрии в связи с заметным увеличением ее распространенности, а также с нарастанием тяжести течения

Приступ бронхиальной астмы характеризуется развитием выраженной экспираторной одышки, сопровождающейся чувством нехватки воздуха и нарушениями газового состава крови (гипоксией и при затяжном течении – гиперкапнией) БА, нарушением гомеостаза, характеризующиеся увеличением потока этого иона кальция через плазматическую мембрану, является патофизиологическим фундаментом, обусловленным бронхоспазмом, гиперсекрецией и выделением медиаторов аллергии.

В связи с этим, целью нашего исследования являлась изучение эффективности применения дозированного аэрозоля саломол эко при лечении бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. Обследовано 95 детей, больных БА в возрасте от 3 – х до 14 лет, которые находились на диспансерном учете по поводу заболевания в периоды обострения и ремиссии. Комплекс обследования больных включал обще клинические и биохимические исследования. Больные были разделены на 2 группы: контрольная – 40 детей, которые находились на базисной терапии, включавшей – антибиотики по показаниям, десенсибилизирующие препараты, симптоматические, а также физические методы и основная – 55 детей с БА, получавшие саламол эко .

Результаты и обсуждение. Анализ клинической эффективности включения в комплексную терапию детей БА позволил установить, что данный препарат оказывает благоприятное действие на течение заболевания. У больных в более короткие сроки купировались проявления интоксикации, уменьшалась длительность сухого и влажного кашля до $2,6 \pm 0,2$; $7,3 \pm 0,4$ дня соответственно по сравнению с детьми контрольной группы ($3,5 \pm 0,3$ дня, $P < 0,01$ $8,2 \pm 0,4$, $P < 0,05$), а также отмечалось сокращение продолжительности одышки до $4,6 \pm 0,2$ ($P < 0,01$), влажных хрипов в легких, и снижение артериального давления. Длительность заболевания сократилась до $10,2 \pm 0,5$ дня по сравнению с контрольной группой ($P < 0,05$). Положительное влияние использования данного препарата нашло свое отражение в динамике ряда биохимических показателей у больных основной группы. Так, изучение общего и ионизированного кальция показало, что у детей, получавших САЛАМОЛ ЭКО бронхолитическое средство, бета – адреномиметик с преимущественным на бета 2- адренорецепторы. Препарат средней продолжительности действия оказывает бронхолитическое действие, предупреждает и купирует бронхоспазм, снижает сопротивление в дыхательных путях, увеличивает

жизненную емкость легких. Предотвращает выделение гистамина, медленно реагирующей субстанции из тучных клеток и факторов хемотаксиса нейтрофильных гранулоцитов

Таким образом, эффективность Соломол ЭКО оказывает бронхолитическое действие, предупреждает и купирует бронхоспазм; снижает сопротивление в дыхательных путях, увеличивает жизненную емкость лёгких., обуславливается не только улучшение динамики клинических проявлений заболевания, но и стабилизацию биохимических показателей, что позволяет рекомендовать широкое применение этого препарата в комплексной терапии бронхиальной астмы у детей.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Карабаева Ф.У., Юлдашев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Ключевые слова: гиперурикемия, артериальная гипертензия, метаболический синдром.

Цель исследования – выявлять влияние способствующих факторов на развитие бессимптомной гиперурикемии у больных гипертонической болезнью и метаболическим синдромом и оценить степень гиперурикемии на развитие подагры у больных метаболическим синдромом.

Метаболический синдром – патологическое состояние сочетающий ряд видов метаболических расстройств, таких как инсулинорезистентность, СД, ожирение и артериальная гипертензия. [3] В последнее время ряд авторов включают в состав синдрома и гиперурикемию [1,4]

Материал и методы. В исследование включено 99 мужчин и женщин с диагнозом гипертоническая болезнь по МКБ 10, так как основным и чаще встречающим компонентом метаболического синдрома является АГ [5]. В этом исследовании мы не включили пациенты с сахарным диабетом для выявления нарушения толерантности к глюкозе (НТГ) как предиабета. Всем пациентам проведено стандартное клиническое обследование, определялся уровень общего холестерина, триглицеридов, мочевой кислоты (МК), креатинина и глюкозы натощак. Оценивались факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям, индекс массы тела (ИМТ), наличие абдоминального ожирения, сахарного диабета (СД), курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни.

Выявлено корреляционная связь между выбранными параметрами, выявляющих метаболический синдром.

Результаты. В зависимости от возраста больные были разделены на следующие возрастные группы: 25-29 , 30-39 , 40-49, 50-59 и 60-69 лет. В первой группе пациенты составили самое меньшее количество (2%) пациентов среди всех возрастных групп, которую можно объяснить редким случаем развития АГ у молодых, особенно в возрасте 20-29 лет. А большую часть исследовавших было в возрасте 50-59 лет (63%). На втором месте по количеству занимало группа 40-49 летний возраст пациентов (22%) показывая омоложение заболеваемости с АГ. В каждой возрастной группе пациентов мы определили показатели нарушения метаболизма: мочевую кислоту, холестерин, триглицериды, глюкозу натощак, креатинин и индекс массы тела. Основным параметром данного исследования – средние показатели мочевой кислоты в разделенных группах показало самое меньшее в 1-ой группе 397,500 соответственно, а в остальных группах выше 400 мкмоль/л и самый высокий показатель среди всех групп было в последней группе с 481,333. Если брать в совокупности во всех группах выявлено повышение уровни МК выше нормы (выше 360 мкмоль/л) характеризуя бессимптомную гиперурикемию (таб.1).

Таблица 1. Средние показатели мочевой кислоты в различных возрастных группах

	мочевая кислота				
Возр. групп	25-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
N	2	7	22	63	6
Средне е	397,500	437,857	451,000	412,015	481,333

Следовательно, повышение МК длительное время нарушает почечную реабсорбцию и экскрецию МК, так как около 80% МК выводится почками и это характеризуется уровнем креатинина [2]. Во 2-ой таблице продемонстрировано изменения уровня креатинина в данных группах и здесь надо подчеркнуть что, высокий показатель дано в группе пациентов 30-39 лет в отличие от концентрации МК в этих группах.

Таблица 2. Средние показатели креатинина в различных возрастных группах

	Креатинин				
Возр. Групп	25-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет

п					
N	2	7	20	62	6
Среднее	89,700	124,771	98,977	92,304	120,900

А также повышение глюкозы натощак может быть признаком НТГ постепенно переходящий к сахарному диабету, который является одно из компонентов МС. Для выявления данного явления измеряли уровень глюкозы у исследуемых больных натощак. В результате получили данные дополняющие следующую таблицу:

Таблица 3. Средние показатели глюкозы натощак в различных возрастных группах

	глюкоза натощак				
Возр. Групп	25-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
N	2	7	22	62	6
Среднее	5,000	6,250	5,780	5,608	6,370

В этом таблице видно что, у 30-39 и 60-69 летних пациентах наблюдается нарушение толерантности к глюкозе, так как оно превышает 6,0 ммоль/л, упоминая что, мы отобрали больных без сахарного диабета, чтобы наблюдать дальнейшее изменения есть или нет склонность в сторону данного заболевания.

Ещё один важнейший компонент этого синдрома является ожирение или же избыточный вес, и он выявляется с помощью индекса массы тела. В данное исследование мы подключили с ИМТ больных выше 25, характеризующее отклонение в сторону лишнего веса. (Таб.4)

Таблица 4. Средние показатели индекса массы тела в различных возрастных группах

	Индекс массы тела				
Возр. Групп	25-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
N	2	7	22	61	6
Среднее	31,195	34,024	32,296	35,118	40,070

Следовательно, выявлено у всех участников ожирение (выше 30) и ИМТ больных включенных в последние 2 группы отражает на ожирение 2-го типа, указывая положительную корреляцию возраста с ИМТ. К повышению ИМТ способствует повышение показателей липидного спектра выше нормы, по этому как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений мы исследовали общий холестерин и триглицериды в сыворотке крови участников данного исследования (таб.5). Увеличение концентрации холестерина и триглицерида обнаружено во 2-ой группе чем остальные группы соответственно, по нашим мнениям это объясняется употреблением фаст фудов и легко усваиваемых углеводов в связи с экономией времени и тем самым выделять много времени к работе чтобы увеличить доход для строения своего будущее в возрасте 30-39 лет.

Таблица 5. Средние показатели холестерина и триглицерида в различных возрастных группах

		Холестерин				
п	Возр. груп	25-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
	N	1	7	19	57	6
	Среднее	5,220	6,660	5,438	5,544	5,230
		Триглицериды				
п	Возр. груп	25-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет
	N	1	5	11	31	4
	Среднее	1,210	5,470	2,375	2,133	2,028

Дополнительно, средним показателям выбранных параметров мы сравнивали гендерные средние показатели этих же индикаторов (таб.6).

Таблица 6. Сопоставление средних показателей по полу

	ГЛ натощак		ИМТ		креатинин		мочевая кислота		триглицериды	
	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
N	49	49	48	49	50	46	50	49	24	28
Среднее	5,525	5,920	37,230	31,727	85,684	110,778	370,060	480,387	1,861	3,008

Из этой таблицы видно что, почти у всех группах превалирует показатели у мужчин чем у женщин, исключением являясь ИМТ продемонстрировавший выше ИМТ у женского пола по сравнению с мужским полом. Это явление можно характеризовать постклимактерическим увеличением массы тела при гормональном дисбалансе у женщин.

В итоге мы изучили из полученных результатах корреляционную связь выбранных параметров друг с другом (таб.7).

Таблица 7. Корреляция основных показателей

		Возраст	глицерин	ИМТ	Креатинин	мочевая кислота	триглицериды	Холестерин
Возраст	Коэффициент корреляции Уровень значимости Р n		-	0,	-	-	-	-
			0,047	158	0,124	0,024	0,319	0,129
			0,6446	0,1206	0,2251	0,8129	0,0213	0,2257
			99	98	97	100	52	90
глицерин	Коэффициент корреляции Уровень значимости Р n	-		0,	0,	0,	0,	-
		0,047		101	163	103	117	0,027
		0,644		0,3262	0,1118	0,3094	0,4069	0,8026
		699		97	96	99	52	89
ИМТ	Коэффициент корреляции Уровень значимости Р n	0,158	0,101		-0,099	0,037	-0,044	0,047
		0,120	0,3262		0,3401	0,7171	0,7575	0,6666
		6	97		95	98	51	88
		98						

креатинин	Коэффициент корреляции	-	0,163	-0,099		0,303	0,022	0,140
	Уровень значимости Р	0,124	0,1118	0,3401		0,0026	0,8768	0,1944
	n	0,225	96	95		97	51	87
мочевая кислота	Коэффициент корреляции	-	0,103	0,037	0,303		0,191	-0,074
	Уровень значимости Р	0,024	0,3094	0,7171	0,0026		0,1760	0,4909
	n	0,812	99	98	97		52	90
триглицериды	Коэффициент корреляции	-	0,117	-0,044	0,022	0,191		0,370
	Уровень значимости Р	0,319	0,4069	0,7575	0,8768	0,1760		0,0070
	n	0,021	52	51	51	52		52
Холестерин	Коэффициент корреляции	-	-0,027	0,047	0,140	-0,074	0,370	
	Уровень значимости Р	0,129	0,8026	0,6666	0,1944	0,4909	0,0070	
	n	0,225	89	88	87	90	52	

Выводы:

1. У всех больных артериальной гипертонией различной степени тяжести выявлена ожирение 1- 2 степени.

2. Обнаружена связь возрастания с глюкозой натощак (заметная корреляция) и ИМТ (высокая корреляция). А также выявлено высокая корреляционная связь между холестерином и глюкозой натощак. ИМТ имеет прямую корреляционную связь с холестерином, триглицеридом и мочевой кислотой. Показатель креатинина прямо пропорционально с показателем триглицерида.

3. У всех больных выявлено как фактор риска подагры - бессимптомная гиперурикемия, требующей дальнейшего исследования для нахождения алгоритма профилактики данного заболевания.

Заключение: у больных артериальной гипертонией, сахарным диабетом и метаболическим синдромом в начале и в динамике лечения необходимо исследовать уровень мочевой кислоты, которая требует дальнейшего исследования для нахождения алгоритма профилактики подагры.

Литература:

1. Джанашия П.Х., Диденко В.А. Является ли гиперурикемия компонентом метаболического синдрома? "Российский кардиологический журнал" N 1 2001
2. Елисеев М.С. Хроническая болезнь почек: роль гиперурикемии и возможности урат-снижающей терапии. Современная ревматология. 2018;12(1):60–65.
3. Кардиология: Национальное руководство. Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2007;1232 с
4. Недогода С.В., Саласюк А.С., Барыкина И.Н., Ледяева А.А., Цома В.В., Чумачек Е.В., Хрипаева В.Ю. Возможности коррекции гиперурикемии при метаболическом синдроме. Медицинский совет №2.2014
5. Niskanen L.K., Laaksonen D.E., Nyyssonen K. et al. Uric acid level as a risk factor for cardiovascular and all-cause mortality in middle-aged men: a prospective cohort study. Arch Int Med 2004;164:1546

ПРИМЕНЕНИЕ РЕБАМИПИДА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ

Каттаханова.Р.Ю., Акрамова.М.А., Саттарова.Н.С.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время наблюдается рост болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Особенно среди лиц трудоспособного возраста. Практически половина населения земли страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Растет и смертность, что обусловлено образом жизни и характером питания населения. Качество жизни больных с заболеваниями ЖКТ снижено не только за счет испытываемых болевых ощущений, но и за счет необходимости периодического обследования, лечения, соблюдения диеты, ограничения трудовой деятельности. Статистика убедительно показывает, в структуре болезней органов пищеварения хронический гастрит занимает центральное место среди заболеваний желудка. В странах развитой статистикой он

фиксируется у 80-90% больных. В Узбекистане за последние 10 лет количество больных заболеваниями ЖКТ выросла на 22,4%.

Основными целями терапии хронического гастрита являются снижение кислотопродукции и эрадикацию хеликобактерной инфекции. А на регенерацию слизистой многие не обращают внимание. Регенерация слизистой предполагает активацию процессов ее заживления, регресс атрофии и метаплазии. Несмотря на все больший интерес к хеликобактерной инфекции, важно понимать, что она является этиологическим, а не патогенетическим фактором. Поэтому после успешного 2-недельного курса эрадикации необходима терапия, нацеленная на уменьшение воспалительных изменений слизистой. В отличие от ингибиторов протонной помпы (ИПП), создающих условия для заживления, гастропротекторы оказывают заживляющее и противовоспалительное действие на слизистую оболочку желудка. К этой группе препаратов относятся индукторы синтеза простагландинов – ребамипид. Ребамипид способствует улучшению кровоснабжения слизистой желудка, активизирует ее барьерную функцию, усиливает пролиферацию в слизистой и обмен эпителиальных клеток желудка, оказывает гастропротекторное действие при воздействии на слизистую нестероидными противовоспалительными препаратами.

Цель исследования. Изучение результативности эффективного лечения хронических гастритов добавлением в схему терапии гастропротектора – ребамипида.

Материалы и методы исследования. Общее количество пациентов, включенных в исследование, составило 38, средний возраст участников исследований колебался от 20 до 69 лет.

Результаты. Исследование проведенное с участием 38 пациентов с хроническим гастритом, показало достоверное уменьшение симптоматики, степени воспаления в желудке и повреждений слизистой оболочки желудка. Результат оценили спустя 4 недели приема ребамипида. Жалобы как эпигастральная боль, изжога, тяжесть в эпигастрии заметно уменьшились.

Заключение. Медико-социальная значимость болезней органов пищеварения (БОП) определяется их высокой распространенностью, а также ежегодным ростом заболеваемости и смертности.

Работы показали что ребамипид имеет хорошую доказательную базу, показывающую его преимущества перед плацебо для лечения заболеваний желудка, в том числе хронического гастрита. Важно, что ребамипид дает достоверное увеличение эффективности в комбинации с ИПП.

Таким образом, представляется очевидным включение ребамипида в схему лечения хронического гастрита с целью уменьшения воспаления слизистой, регенерации, улучшения гистологической картины, а также уменьшения степени атрофии и повышения эффективности эрадикационной терапии.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА COVID – 19

Каттаханова Р.Ю., Канатаева У.Н.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Казанский Федеральный университет, Россия

Неоценимую помощь в диагностике Covid – 19, а также в оценке тяжести заболевания, выраженности воспаления, изменения тромбогенного потенциала крови, определении состояния иммунной системы и степени поражения органов оказывает лабораторная диагностика.

Нами было обследовано 344 больных с Covid – 19 со средней и тяжелой степенью тяжести. Всем им проводились следующие лабораторные исследования: общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы, С-реактивный белок (СРБ), гормональное исследование: прокальцитонин, мозговой натрий-уретический пептид, коагулограмма в объеме: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время, протромбиновое отношение, фибриноген, D-димер (количественным методом).

У большинства наблюдаемых нами пациентов с COVID-19 отмечалось нормальное число лейкоцитов, у одной трети (33.7%) обнаружена лейкопения, лимфоцитопения присутствовала у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носила умеренный характер и была выявлена у 36.2% больных, но была более выражена при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.

Возрастание D-димера в 3-4 раза более возрастной нормы и удлинение протромбинового времени было выявлено нами при тяжелом течении заболевания, увеличение фибриногена было зарегистрировано у 76% больных.

С-реактивный белок (СРБ) является основным лабораторным маркером активности процесса в легких. Его повышение коррелирует с объемом поражения легочной ткани и является основанием для начала противовоспалительной терапии. Уровень СРБ у нас коррелировал с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии. Концентрация СРБ

увеличивалась у большинства пациентов (64%), одновременно с увеличением интерлейкина-6 (ИЛ-6) (56%) и СОЭ в разной степени. ИЛ-6, ИЛ-10 возрастали во время болезни и снижались при выздоровлении.

Нами было отмечено увеличение острофазового белка ферритина при неблагоприятном течении заболевания.

Гипервоспаление при COVID-19 может манифестировать цитопенией (тромбоцитопения и лимфопения), коагулопатией (тромбоцитопения, гипофибриногенемия и повышение D-димера крови), повреждением тканей/гепатитом (повышение активности ЛДГ, аминотрансфераз в сыворотке крови) и активацией макрофагов/гепатоцитов (повышение уровня ферритина сыворотки крови).

Прокальцитонин при коронавирусной инфекции с поражением респираторных отделов легких находится в пределах референсных значений. Мы наблюдали его повышение у больных в 38% случаев. Повышение прокальцитонина свидетельствует о присоединении бактериальной инфекции и коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при бактериальных осложнениях. Анализ на прокальцитонин при поступлении является дополнительной информацией для ранней оценки риска и исключения бактериальной коинфекции у пациентов с COVID-19. В диагностике и прогнозе течения сепсиса имеет значение уровень прокальцитонина: < 0.5 мкг/л – низкий риск бактериальной коинфекции и неблагоприятного исхода; > 0.5 мкг/л – пациенты с высоким риском, вероятно бактериальная коинфекция.

При развитии сердечно-сосудистых осложнений при COVID-19 мы наблюдали лимфоцитопению, тромбоцитопению, повышение СРБ, МВ-фракции креатинкиназы, высокочувствительного тропонина.

Таким образом, для правильной диагностики Covid – 19 и его осложнений, прогноза заболевания и оптимизации лечения необходимо проводить лабораторные исследования в вышеперечисленном объеме и в динамике мониторировать их показатели.

ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Каттаханова Р.Ю., Кодирова А.З., Ким Д.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Муаллифлар томонидан қандли диабетнинг 2-тури билан хасталанган беморларда стационардан ташқари пневмонияни кечишини ўзига хос хусусиятлари ўрганилган. Ушбу гурух беморларнинг аскариятида юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги аниқланган. Қандли диабет 2-тури билан хасталанган беморларда стационардан ташқари пневмония оғир кечган ва нафас етишмовчилиги, экссудатив плеврит, ўпка абсцесси билан асоратланган. Беморларда антибиотикотерапия ўтказишда балғамни бактериалогик текшириш, микроорганизмлар турини аниқлаш, антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Цефалоспоринлар IV-авлодига оид цефепим, левофлоксацин каби антибиотиклар қўлланилиши натижасида беморлар ҳолати яхшиланиши сезиларли томонга ўзгарган, асоратлар камайган, беморларни стационарда даволаниш мудати камайган

Калит сўзлари: Қандли диабет 2-тури, стационардан ташқари пневмония, антибактериал терапия.

Авторами изучены особенности течения внегоспитальной пневмонии у 84 больных сахарным диабетом 2-типа. Отмечены, что пневмония у пациентов с диабетом отличается тяжелым течением, частым развитием осложнений, склонностью к затяжному течению и часто сопровождается выраженной и длительной декомпенсацией углеводного обмена. Большинство пациентов помимо СД 2 имели и другие сопутствующие патологии: ИБС, гипертоническая болезнь, ХОБЛ. 77% пациентов имели дыхательную недостаточность, 19% - экссудативный плеврит, 1% - абсцесс доли легкого. Начатая эмпирическая антибактериальная терапия цефалоспорином IV поколения цефепимом и левофлоксацином перекрывала весь спектр возбудителей тяжелой пневмонии у больных с сахарным диабетом 2 типа, что позволило добиться быстрого клинического улучшения, уменьшение осложнений и продолжительности пребывания пациента в стационаре и затраты на лечение.

Ключевые слова: сахарный диабет, внегоспитальная пневмония, антибактериальная терапия, цефалоспорины.

The authors studied the peculiarities of the course of non-stationary pneumonia in 84 patients with type 2 diabetes mellitus. It is noted that pneumonia in patients with diabetes is characterized by a severe course, frequent development of complications, prone to a prolonged course and often accompanied by pronounced and prolonged decompensation of carbohydrate metabolism. Most of the patients in addition to DM 2 had other comorbidities: Coronary heart disease, hypertension, COPD. 77% of patients had respiratory insufficiency, exudative pleurisy

19%, lung lobe abscess 1%. The empirical antibacterial therapy initiated with cephalosporin IV generation cefepim and levofloxacin overlapped the entire spectrum of pathogens of severe pneumonia in patients with type 2 diabetes mellitus, which allowed for rapid clinical improvement, reduction of complications and duration of hospital stay and treatment costs.

Keywords: diabetes mellitus, non-stationary pneumonia, antibacterial therapy, cephalosporins.

Актуальность исследования. Больные сахарным диабетом подвержены более высокому риску развития легочных инфекций из-за возникающих нарушений микроциркуляции и дисфункции иммунной системы. Установлены корреляции параметров воспаления с любой степенью нарушения углеводного обмена и дисфункцией многочисленных защитных механизмов в условиях гипергликемии. Это обусловлено тем, что на фоне сахарного диабета страдает широкий спектр функций нейтрофилов и макрофагов: хемотаксис, адгезия, фагоцитоз, лизис фагоцитированных микроорганизмов, отмечается снижение в сыворотке крови уровня компонентов комплемента и Т-лимфоцитов [1,2].

Внебольничная пневмония (ВП) относится к числу наиболее распространенных острых инфекционно-воспалительных заболеваний. Заболеваемость ВП в России достигает 14-15%, а общее число больных ежегодно превышает 1,5 млн человек. В США ежегодно диагностируется более 5 млн случаев ВП, из которых более 1,2 млн человек нуждается в госпитализации, причем более 60 тысяч из них умирают [1,7]. Если летальность при ВП среди лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний не превышает 1-3%, то у пациентов старше 60 лет при наличии сопутствующей патологии достигает 15-30% [1,2,7]. Показатели летальности при ВП, развившейся на фоне сахарного диабета высоки и достигают 19-27% [3,4].

Пневмонии у пациентов с диабетом отличаются тяжелым течением, частым развитием осложнений, склонностью к затяжному течению и часто сопровождаются выраженной и длительной декомпенсацией углеводного обмена [5,6,8]. Широкая распространенность, высокие показатели летальности при ВП у пациентов с диабетом, эпидемические масштабы распространения сахарного диабета 2 (СД2) в популяции определяют поиск путей оптимизации лечения пневмонии у данной категории пациентов [3].

Цель работы: Изучить структуру возбудителей ВП у пациентов СД 2 типа и выбрать эффективные антибактериальные препараты по лечению.

Методика исследования В исследование включались взрослые пациенты с подтвержденным рентгенологическим диагнозом пневмонии с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа. Большинство пациентов помимо СД 2 имели и другие сопутствующие патологии: ИБС, гипертоническая болезнь, ХОБЛ. С целью установления этиологически значимых возбудителей ВП было проведено микробиологическое исследование мокроты до начала антибактериальной терапии. Микробиологическое исследование проводилось количественным методом в соответствии со стандартами современной клинической микробиологии

Результаты исследования: Было обследовано 84 пациента в возрасте от 41 до 79 лет. Из них мужчин 42% (36) женщин 37% (48). Тяжелое течение отмечалось 54.7% госпитализированных пациентов. 45,9% имели среднетяжелое течение.

Из осложнений ВП: 77% пациентов имели дыхательную недостаточность, экссудативный плеврит 19%, абсцесс доли легкого 1%.

При комплексном бактериологическом обследовании пациентов этиологический диагноз был установлен в 56% случаев.

Наиболее частыми возбудителями были *Streptococcus pneumoniae*. *Staphylococcus aureus* был причиной 25,5% случаев ВП. По результатам нашего исследования, частыми возбудителями ВП у данной группы пациентов были представители семейства *Enterobacter aerogenes* 17.7%, *Mycoplasma pneumoniae* -12%, *Klebsiella pneumoniae*-14,2%. По данным ряда исследований, выявление грамотрицательных бактерий в качестве этиологического агента ВП является фактором риска тяжелого течения ВП и летального исхода [9]

В 68% случаев были выявлены ассоциации *Streptococcus pneumoniae* с различными микроорганизмами: *Streptococcus pneumoniae* + *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae* + *Staphylococcus aureus* , *Streptococcus pneumoniae* + *Mycoplasma pneumoniae* .

Согласно полученным данным, в структуре возбудителей тяжелой степени ВП у пациентов СД 2 основная этиологическая роль принадлежит *Staphylococcus aureus* и грамм отрицательным микроорганизмам. В связи с чем мы использовали для стартовой терапии цефалоспорин IV поколения цефепим 1гр 2 раза сутки + респираторный фторхинолон Левофлоксацин 100 в/в капельно. Введение первой дозы препарата мы начинали не позднее 4 часов после госпитализации, так как ее задержка повышает риск неблагоприятного исхода.

На 2-3 сутки отмечалось снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации, одышки и других проявлений дыхательной недостаточности. Продолжительность антибактериальной терапии у пациентов СД2 была не менее 7 дней.

Таким образом, по результатам нашего исследования, частыми возбудителями ВП были представители семейства *Enterobacter aerogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* а также ассоциации *Streptococcus pneumoniae* с различными микроорганизмами: *Streptococcus pneumoniae* + *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae* + *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* + *Mycoplasma pneumoniae*. Начатая нами эмпирическая антибактериальная терапия цефалоспорином IV поколения цефепимом и Левофлоксацином перекрывала весь спектр возбудителей тяжелой пневмонии у больных с сахарным диабетом 2 типа, что позволило нам добиться быстрого клинического улучшения, уменьшение продолжительности пребывания пациента в стационаре и затраты на лечение. Проведенные нами исследования подтверждают правильность выбора эмпирической антибактериальной терапии. А своевременно начатая и адекватная антибактериальная терапия является ведущим критерием качества медицинской помощи пациентам с ВП.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. Смоленск МАКМАХ, 2010 80с.
- 2) Л.И Дворецкий . Внебольничная пневмония 2017
- 3) Рогова Н.В., Шмидт Н.В., Стаценко В.И., Сердюкова Д.М. Вестник Волгоградского медицинского университета № 4.
- 4) Навакин С.М. Чучалин А.Г. Белоусов Ю.Б. Дворецкий Д.И. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых . Комиссия по антибактериальной политике при Минздраве РФ.
- 5) Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. 4-й выпуск. М., 2009.
- 6) Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. 5-й выпуск. М., 2011.
- 7) American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2011. Diabetes Care, 2011; 34(1): S11-S61.
- 8) International Diabetes Federation. Diabetes Atlas, 5th edition, Brussels, 2011.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Каттаханова Р.Ю., Ниматов Ш.М.

Цель исследования. Изучить клинические результаты тромболитической терапии (ТЛТ) с применением тромболитиков — стрептокиназы у больных инфарктом миокарда (ИМ) с элевацией сегмента ST на догоспитальном и госпитальном этапе.

Материал и методы. В исследование включен 181 пациент с ИМ с элевацией сегмента ST. В зависимости от применяемого тромболитика больные были разделены на две группы: больные, получавшие стрептокиназу, включены в 1-й группу (n=78); во 2-ю группу (n=51) включены больные ИМ с элевацией сегмента ST, которым ТЛТ не проводилась из-за позднего обращения за медицинской помощью или наличия противопоказаний. ТЛТ проводилась как на догоспитальном этапе, так и в условиях стационара. Анализировали время до проведения ТЛТ, клиническое течение ИМ, летальность, осложнения.

Результаты. Время от начала клинических симптомов составило $2,7 \pm 0,22$ ч. Установлена высокая эффективность указанных тромболитиков у 66% больных. Летальность при проведении ТЛТ составила 6,4 – 7,7%, без ТЛТ - 24%. Проведение ТЛТ в первые 3 ч от начала инфаркта сопровождалось снижением летальности до 3,4%. Не зафиксировано ни одного случая внутричерепного кровоизлияния и аллергических реакций.

Заключение. ТЛТ стрептокиназой у больных ИМ с элевацией сегмента ST на ЭКГ в реальной клинической практике характеризовалась высокой эффективностью, снижением показателей госпитальной летальности, осложнений и малым процентом побочных эффектов.

Ключевые слова: инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST, тромболитическая терапия, стрептокиназа.

Актуальность исследования. Реперфузионная терапия — наиболее эффективный метод для уменьшения риска смерти и других неблагоприятных исходов у больных с остро развившейся стойкой окклюзией коронарных артерий. Последняя приводит к развитию острого коронарного синдрома с элевацией сегмента ST на ЭКГ. Современный подход к лечению указанной категории больных - проведение тромболитической терапии (ТЛТ) или/и чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ). С учетом невысокой доступности своевременного инвазивного лечения, совершенно очевидно, что для большинства больных в настоящее время ТЛТ является наиболее часто применяемым методом реперфузии миокарда. К преимуществам ТЛТ относят возможность проведения в

ранние сроки от начала инфаркта миокарда (ИМ) и относительную простоту исполнения. По данным научных исследований показано, что применение ТЛТ в первые 5 ч у больных ИМ снижает смертность по сравнению с плацебо на 26%. С учетом вышесказанного, изучение эффективности ТЛТ остается актуальным и по сей день.

Цель данной работы — изучить клинические результаты тромболитической терапии с применением тромболитиков — стрептокиназы у больных ИМ с элевацией сегмента ST.

Материал и методы исследования

В исследование включены 181 пациент с ИМ с элевацией сегмента ST, поступивших в экстренном порядке в отделение терапевтической реанимации РНЦЭМП ФФ за период 2020 гг. Критерии включения: ангинозные боли длительностью более 30 мин в сочетании с элевацией сегмента ST на ЭКГ на 1 мм и более или остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса. В исследование не включали больных острым ИМ с элевацией сегмента ST, имеющих противопоказания для проведения ТЛТ: ранее перенесенный геморрагический инсульт, ишемический инсульт в течение предшествующих 3 месяца, признаки кровотечения или недавнего кровотечения (в предыдущие 2–4 недели) или геморрагического диатеза, обострение язвенной болезни, большое хирургическое вмешательство, существенная травма головы в последние 3 месяца, подозрение на расслоение аорты, устойчивая и плохо контролируемая артериальная гипертензия (АД > 180/110 мм рт. ст. в период поступления). Пациенты, не имеющие противопоказаний для ТЛТ в зависимости от применяемого тромболитика, были разделены на две группы: 1-ю группу (n=8) составили пациенты с применением стрептокиназы на догоспитальном этапе, а 2-ю группу (n=122) пациенты с применением стрептокиназы на госпитальном этапе. Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. 3-я группа (n=51; 42 мужчины и 9 женщин; средний возраст 56,1±0,8 лет) была сформирована из больных ИМ с элевацией сегмента ST, которым ТЛТ не проводилась из-за позднего обращения за медицинской помощью или наличия противопоказаний.

Стрептокиназа вводилась в дозе 1,5 млн МЕ в течение 60 мин в 2 этапа: внутривенная пробная доза 150 000 МЕ, затем — инфузия 1 350 000 МЕ в течение 60 мин. ТЛТ проводилась в отделении кардиореанимации под контролем основных гемодинамических показателей и ЭКГ. Базисная терапия включала антикоагулянтную терапию нефракционированным гепарином или низкомолекулярными гепаринами, антитромбоцитарные средства, нитраты, β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины. Для оценки эффективности ТЛТ изучали динамику сегмента ST электрокардиограммы через 90 мин и 24 ч от начала ТЛТ и в течение всего периода стационарного лечения. ТЛТ

считали эффективной при регрессе элевации сегмента ST более 50% от исходного через 90 мин. В процессе исследования также анализировали время до проведения ТЛТ, клиническое течение инфаркта миокарда, летальный исход в течение стационарного периода, развитие ишемического или геморрагического инсульта, возникновение кровотечения, других кардиальных осложнений, включая аритмии, рецидивирующий инфаркт.

Нарушения сердечного ритма оценивали с помощью аппарата суточного мониторинга на кардиомониторе CEDAN.

Результаты исследования

Клинико-демографическая характеристика пациентов представлена в табл. 1.

Изучаемая выборка больных состояла из 105 мужчин и 25 женщин в возрасте от 36 до 71 лет ($55 \pm 1,7$ лет). Самыми многочисленными были группы 51–60 и 61–71 год. Среди исследуемых пациентов лица трудоспособного возраста составили 60,6%, из которых каждый второй - работающий. Инфаркт передней стенки диагностирован у 61 пациента, задне-нижней стенки - у 59, инфаркт, циркулярно охватывающий стенки левого желудочка, у 10 больных. У каждого четвертого больного в анамнезе был перенесенный ИМ. Артериальную гипертензию имели 59 (45%) пациентов, сахарный диабет 34 (26%), перенесенное АКИШ — 1 больной.

Таблица № 1. Клиническая характеристика исследуемых больных (n=130)

Показатель		n (%)
Пол	Мужской	105 (85)
	Женский	25 (12)
Возраст	≤ 40 лет	6 (4)
	41–50 лет	6 (4)
	51–60 лет	62 (48)
	61–71 год	44 (34)
ИМ передней стенки ЛЖ		61 (47)
ИМ задне-нижней стенки		59 (45)
ИМ циркулярный ЛЖ		10 (8)
ИМ миокарда в анамнезе		32 (25)
Артериальная гипертензия		59 (45)
Сахарный диабет		34 (26)
Кардиогенный шок, признаки острой сердечной недостаточности		39 (30)

Таблица №2. Динамика показателей ЭКГ в сравниваемых группах

Показатель	1 группа (n=8)	2 группа (n=122)	3 группа (n=51)
Элевация ST исходно, мм	4,35 ± 0,48	4,28 ± 0,38	4,5 ± 0,41
Элевация ST через 90 мин, мм	2,3 ± 0,21	2,1 ± 0,37	4,1 ± 0,5
Элевация ST через 24 ч, мм	1,1 ± 0,32	1,26 ± 0,33	3,8 ± 0,31
Время формирования отрицательного зубца Т, сут	4,1 ± 0,4 1	6 ± 0,31	6,8 ± 0,25

При поступлении в стационар все больные относились к категории высокого риска: у каждого второго больного сохранялись боли ангинозного характера, у 4 пациентов на догоспитальном этапе отмечена клиническая смерть. У 30% больных были диагностированы кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность 2–4 класса (по Killip) и высокий риск сердечно-сосудистых осложнений по шкале TIMI.

Время от появления симптомов ИМ до начала ТЛТ колебалось от 0,5 до 7 ч. В течение первого «золотого часа» ТЛТ удалось провести у 28 (22%) больных, в течение 2-3 ч - у 61 (47%), 4-6 ч - у 39 (30%), позднее 6 ч - у 2 (1,5%). Среднее время до начала тромболизиса составило 2,7 ± 0,2 ч. В 1-й группе время до ТЛТ составило 1,1 ± 0,6 ч, во 2-й группе — 2,3 ± 0,2 ч, то есть экономия времени при догоспитальном ТЛТ составила 48 мин ($p < 0,05$). В 1-й группе эффективный тромболизис состоялся у 8 больных. В целом в этой группе отмечен регресс исходной элевации сегмента ST на 42% через 90 мин от начала ТЛТ и на 71% через 24 ч. Во 2 группе эффективный тромболизис отмечен у 122 больных, что сопровождалось снижением сегмента ST от 4,28 ± 0,38 мм до 2,1 ± 0,37 мм через 90 мин и до 1,26 ± 0,33 мм через 24 ч (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, регресс элевации сегмента ST через 90 мин в 1-й и 2-й группах был значимо более выражен по сравнению с 3-й группой. Период формирования отрицательного зубца Т был значимо короче во 1-й группе. У 8 (100%) больных 1 группы и 122 (100%) больных 2 группы проведение ТЛТ в сочетании с комплексной терапией способствовало быстрому купированию болевого синдрома и стабилизации сердечной гемодинамики, что также свидетельствовало о достижении реперфузии. Из 130 больных, включенных в исследование, в период стационарного лечения умерли 9 (6,9%) человек (7 мужчин и 2 женщины) с Q-ИМ преимущественно передней стенки левого желудочка (у 5 больных текущий ИМ был повторным). Средний возраст умерших составил 58,1 ± 1,3 лет.

В 1-й группе летальных исходов не отмечалось, во 2 - 9 (7,3%), при этом показатели летальности в этих группах значительно различались. В 3-й группе из 51 больного умерли 12 (24%).

Непосредственной причиной смерти больных, получивших ТЛТ, были кардиогенный шок и отек легких (n=8), разрыв миокарда с развитием гемотампонады перикарда (n=1). Анализ летальности с учетом времени до начала ТЛТ показал, что из 89 больных, которым тромболизис был проведен в первые 3 ч от начала развития ИМ, умерло 3 (3,4%) пациента. При ТЛТ, проведенной в более поздние сроки, из 41 пациента умерло 6 (14,6%). При анализе осложнений ТЛТ оказалось, что кровотечения зарегистрированы у 5 (3,8%) больных: в 1 группе — у 0 (0%), во 2 — у 5 (3,8%) пациентов. Преобладали “малые” кровотечения (из мест пункции, десен, микрогематурия), только в одном случае отмечено кровотечение, для коррекции которого потребовалась гемотрансфузия. При проведении ТЛТ развитие инсульта, гипотензии и аллергических реакций не отмечалось. В ходе проведения ТЛТ фибрилляция желудочков (ФЖ) выявлена у 9 (7%) пациентов, из них в 1-й группе у 0 (0%), во 2 группе у 9 (7,3%) больных. У пяти больных была диагностирована так называемая первичная ФЖ, не связанная с рецидивированием ИМ и сердечной недостаточностью, легко устранимая электроимпульсной терапией. В четырех случаях имела место вторичная ФЖ, приведшая к летальному исходу. Среди других аритмий преходящая АВ-блокада I–III степени нами выявлена у двух больных, пароксизмы фибрилляции предсердий у четырех больных, ускоренный идиовентрикулярный ритм у 5, желудочковая экстрасистолия у 27.

С целью предупреждение раннего и позднего ретромбоза мы применяли нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины и комбинации антитромбоцитарных препаратов. Рецидивы ИМ диагностированы нами у 8 (6,1%) пациентов, из них у 0 (0%) больных 1 группы и у 8 (6,1%) — 2 группы. Клинически рецидивы ИМ проявлялись ангинозными приступами, аритмией, усугублением сердечной недостаточности, явлениями шока, что значительно утяжеляло течение ИМ и увеличивало сроки лечения в стационаре. Рецидивы ИМ происходили в сроки от 7 до 11 дней от начала инфаркта миокарда. В 3 группе (больные ИМ без ТЛТ) частота рецидивов достоверно не отличалась и составила 15%.

Отсутствие формирования зубца Q на ЭКГ, выявленное у 15 больных, позволяет предположить, что ТЛТ способствовала ограничению зоны некроза. Такой инфаркт миокарда, именуемый в литературе как “прерванный инфаркт”, отмечен у 2 (25%) больных 1-й группы и у 13 (10,6%) - 2. Течение инфаркта миокарда у них характеризовалось отсутствием осложнений, быстрым регрессом сегмента ST, ранним

формированием отрицательного зубца Т. Укорочение периода времени до ТЛТ во 1 группе по сравнению с 2 на 48 мин сопровождалось ростом числа прерванных ИМ в 2 раза. У остальных 6 больных 1 группы и 113 пациентов 2 группы, несмотря на ранние сроки поступления в стационар, отмечено формирование патологического зубца Q (QS) на ЭКГ.

Анализ данных ЭхоКГ показал, что у всех выживших пациентов, получивших ТЛТ, ФВ была выше 40% ($53,9 \pm 0,7\%$). Клинически это соответствовало ХСН 1–2 ФК. Нарушение геометрии левого желудочка, обусловленное формированием постинфарктной аневризмы, отмечено у 11 (8,5%) больных. В 3 группе больных ФВ колебалась от 29% до 60% и в среднем составила $41 \pm 1,2\%$.

Обсуждение результатов

Самыми многочисленными в нашем исследовании были группы в возрасте 51–60 и 61–71 год. По данным литературы показано, что в этом возрастном интервале отмечается высокая заболеваемость инфарктом миокарда. Известно, что величина спасенного миокарда напрямую зависит от времени, прошедшего с момента возникновения окклюзии до ее разрешения. В многочисленных научных исследованиях было показано, что оптимальное время до начала ТЛТ составляет 0–6 ч. Даже в этом временном отрезке эффект реперфузии проявляется нелинейно, будучи максимальным в течение так называемого «золотого часа», когда удастся спасти 65 жизней из каждой 1000 больных, получивших подобное лечение.

Таким образом, время от начала появления симптомов до проведения ТЛТ является важным фактором, определяющим эффективность тромболизиса и достижение реперфузии миокарда. По нашим данным, время от появления симптомов ИМ до начала ТЛТ колебалось от 0,5 до 7 ч. В 1-й группе время до ТЛТ составило $1,4 \pm 0,6$ ч, во 2 группе — $2,3 \pm 0,2$ ч, то есть экономия времени при догоспитальном ТЛТ составила 48 мин. Таким образом, у 2/3 больных тромболизис был осуществлен в первые 3 ч от момента возникновения боли, что соответствует концепции раннего тромболизиса. Выявленные задержки в проведении ТЛТ были связаны с несвоевременным принятием решения вызвать скорую помощь. Время подготовки к введению тромболитиков было сведено к минимуму благодаря четко организованной работе врачей-кардиологов как на догоспитальном этапе, так и в стационаре. Уточнение времени возникновения ИМ, верификация диагноза, выявление противопоказаний к тромболизису составляли не более 10–15 мин, после чего незамедлительно начиналась ТЛТ. Наиболее простым и чувствительным из косвенных методов, определяющих эффективность ТЛТ и восстановление перфузии миокарда, является динамика комплекса QRS-T. При адекватном

восстановлении коронарного кровотока наблюдается быстрый регресс элевации сегмента ST в отведениях и формирование отрицательных «коронарных» зубцов T. Известно, что реперфузия считается эффективной при регрессе элевации сегмента ST более 50% от исходной через 90–180 мин. Мы выявили, что в 1-й группе эффективный тромболизис состоялся у 8 (100%) больных, во 2 группе у 113 (92,6%) больных.

Полученные нами данные об уровне летальности в группах подтверждают известный факт, что эффективность ТЛТ напрямую зависит от времени, прошедшего от начала ангинозного приступа до начала реперфузионной терапии. Известно, что кровотечение является наиболее частым и опасным осложнением ТЛТ. При анализе результатов тромболизиса оказалось, что кровотечения зарегистрированы у 5 больных (3,8%). Мы отметили невысокую частоту геморрагических осложнений при проведении ТЛТ. Эти данные подтверждают результаты экспериментальных исследований о высокой специфичности указанных тромболитиков к фибрину тромба. Явлений непереносимости препаратов не отмечено, что подтверждает отсутствие у них иммуногенности и антигенности. Появление нарушений сердечного ритма в ходе ТЛТ свидетельствует в большинстве случаев о реканализации коронарной артерии и эффективности тромболизиса. Однако необходимо признать, что отличить аритмии, непосредственно связанные с реперфузией миокарда, от аритмий, возникающих вследствие ишемии миокарда, довольно сложно. В основе развития реперфузионных аритмий лежат сложные механизмы: образование свободных радикалов кислорода в ишемизированной ткани (кислородный парадокс), избыточное поступление ионов кальция из экстрацеллюлярного пространства внутрь кардиомиоцитов («кальциевый парадокс») и др. Все это придает миокарду электрическую нестабильность, приводящую к развитию аритмий. Зачастую реперфузионные аритмии не представляют ни лечебной, ни диагностической проблемы, но в некоторых случаях могут быть жизнеугрожающими. В ходе проведения ТЛТ у 9 (7%) пациентов выявлена ФЖ, в четырех случаях (вторичная ФЖ) приведшая к летальному исходу. По данным литературы эффективность электрической кардиоверсии при вторичной фибрилляции желудочков невелика, а 30 дневная летальность может достигать 40–50%.

Известно, что, несмотря на проведение тромболитической терапии, сохраняется высокий риск ретромбоза и реокклюзии, частота последних нередко достигает 10–12%. С целью предупреждения раннего и позднего ретромбоза назначается антитромботическая терапия. У 107 больных, несмотря на ранние сроки поступления в стационар, отмечено формирование патологического зубца Q (QS) на ЭКГ. Можно предположить, что время, прошедшее от начала болевого приступа до ТЛТ, у этих пациентов было в

действительности несколько больше того, которое они сообщали. Известно, что своевременная реперфузия миокарда также препятствует постинфарктному ремоделированию левого желудочка, способствует улучшению прогноза жизни больных .

Таким образом, тромболитическая терапия на догоспитальном и госпитальном этапе с стрептокиназой у больных ИМ с элевацией сегмента ST на ЭКГ в реальной клинической практике характеризовалась высокой эффективностью, снижением показателей госпитальной летальности. Поскольку применение первичной ангиопластики пока ограничено реальной доступностью специализированной кардиохирургической помощи для большинства больных, особенно в ближайшие часы инфаркта миокарда, ТЛТ остается ведущим методом реперфузии миокарда. Поэтому использование тромболитиков при условии их максимально раннего применения играет важную роль в профилактике ремоделирования левого желудочка и улучшении ближайшего и отдаленного прогноза больных ИМ.

Литература:

1. Shpektor A.V., Vasil'eva E.Iu., Artamonov V.G. et al. Combined reperfusion in patients with acute myocardial infarction. *Kardiologiya* 2007;47(6):27–30.Russian (Шпектор А.В., Васильева Е.Ю., Артамонов В.Г. и др. Комбинированная реперфузия у больных острым инфарктом миокарда. *Кардиология* 2007; 47 (6): 27–30).

2. Yavelov I.S. Thrombolysis in myocardial infarction: is to know the practitioner. *Trudnyy Patsient* 2011;9 (1): 7–13. Russian (Явелов И.С. Тромболитическая терапия при инфаркте миокарда: что надознать практикующему врачу. *Трудный пациент* 2011; 9 (1): 7–13).

3. Poponina T.M., Poponina Yu.S., Vasil'ev A.G. The risks and benefits of reperfusion strategies in the treatment of patients with acute myocardial infarction with ST segment elevation. *Rossiyskiy Kardiologicheskiy Zhurnal* 2010; (5): 103–113.Попонина Т.М., Попонина Ю.С., Васильев А.Г. Риск и выгода реперфузионных стратегий в лечении больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. *Российский Кардиологический Журнал* 2010; (5): 103–113.

4. Ioseliani D.G., El'kis I.S., Solov'ev O.P. et al. Combination of prehospital systemic thrombolytic therapy with endovascular procedures in the treatment of patients with acute myocardial infarction *Kardiologiya*

2005;45(3):4–9. Russian (Иоселиани Д.Г., Элькис И.С., Соловьев О.П. и др. Комбинация эндоваскулярных процедур и догоспитальной системной тромболитической терапии при лечении больных острым инфарктом миокарда. *Кардиология* 2005; (3): 4–9).

5. The Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries (Gusto III) Investigators. A comparison of reteplase with alteplase for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1997; 337: 1118–1123.

6. Dovgalevskiy P.Ya., Furman N.V., Dovgalevkiy Ya.P. The efficacy and safety of thrombolytic therapy of myocardial infarction with ST-segment elevation by tenecteplase in actual clinical practice. *Skoraya Meditsinskaya Pomoshch'* 2009; (3): 43–49. Russian (Довгалеvский П.Я., Фурман Н.В., Довгалеvкий Я.П.

Эффективность и безопасность тромболитической терапии инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST тенектеплазой в реальной клинической практике. *Скорая Медицинская Помощь* 2009; (3): 43–49.

7. Iavelov I.S. The use of tenecteplase in acute myocardial infarction. *Kardiologiya* 2007;47(1):37–46. Russian (Явелов И.С. Применение тенектеплазы при остром инфаркте миокарда. *Кардиология* 2007; 47(1): 37–46).

8. Shostak N.A., Konstantinova E.V. Alteplase administration in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction in typical clinical practice. *Kardiologiya*. 2005;45(9):26–8. Russian (Шостак Н.А., Константинова Е.В. Применение альтеплазы у больных острым инфарктом миокарда с подъемами сегмента ST на ЭКГ в типичной клинической практике. *Кардиология* 2005; 45(9): 26–28).

9. Demidova M.M., Tikhonenko V.M., Burova N.N. Assessment of the state of a patient with acute coronary syndrome during thrombolytic therapy with the use of multichannel ECG-monitoring. *Kardiologiya* 2009;49(7–8):25–31. Russian (Демидова М.М., Тихоненко В.М., Бурова Н.Н. Оценка состояния больного острым коронарным синдромом при проведении тромболитической терапии с использованием 12-ти канального мониторинга электрокардиограммы. *Кардиология* 2009; 49(7): 25–31).

10. The TIMI Research Group. The thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) trial. Phase I Findings. *N Eng J Med* 1985; 312: 932–936.

11. Verstraete M., Bernard R., Bory M. et al. Randomised trial of intravenous recombinant tissue-type plasminogen activator versus intravenous streptokinase in acute myocardial infarction. Report from the European Cooperative Study Group for Recombinant Tissue-type Plasminogen Activator. *Lancet* 1985; 13:842–848.

12. Yavelov I.S. The role of low molecular weight heparin with thrombolytic therapy in patients with myocardial infarction. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika* 2009; 8 (6): 111–122. Russian (Явелов И.С. Роль низкомолекулярных гепаринов при тромболитической терапии у больных инфарктом миокарда. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2009; 8 (6): 111–122).

13. Panchenko E.P. Thrombolytic agents in the treatment of patients with acute myocardial infarction. Atmosfera. Kardiologiya 2001; (1): 16–20. Russian (Панченко Е.П. Тромболитические препараты в лечении больных острым инфарктом миокарда. Атмосфера. Кардиология 2001; (1): 16–20).

14. Dolzhenko M.N., Dovganich N.V. Reperfusion arrhythmias: a new look at an old problem. Meditsina Neotlozhnykh Sostoyaniy 2008; 3 (16): 43–47. Russian (Долженко М.Н., Довганич Н.В. Реперфузионные аритмии: новый взгляд на старую проблему. Медицина Неотложных Состояний 2008; 3 (16): 43–47).

15. Furman N.V., Dovgalevskiy I.A., Shchetinkina I.N. Early reperfusion and aborted myocardial infarction. Kardiologiya 2009;49(11):89–92. Russian (Фурман Н.В., Довгалеvский Я.П., Щетинкина И.Н. Ранняя реперфузия и прерванный инфаркт миокарда. Кардиология 2009; (11)).

ГИПЕРТОНИК КРИЗ ВА УНДАГИ АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШДА СТАЦИОНАРГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Каттаханова Р.Ю., Юлчиев О.О., Нишонов У.А.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

РШТЁИМ Фарғона филиали, Ўзбекистон

Гипертония касаллиги сурункали кечувчи жараён бўлиб, мўтадил ҳолатда беморларни узоқ кузатиш ва режали даволаш имконияти мавжуд. Лекин касаллик асоратлари билан намоён бўлган деярли барча ҳолларда стационаргача бўлган босқичда ,касалинг ёшига,ҳолатига ва орган ,системалардаги гипертоник криз асорати туфайли вжудга келган ўзгаришларни бартараф этишга қаратилган дифференциал тез тиббий ёрдам кўрсатиш зарур бўлади.

Гипертоник криз артериал босимнинг тўсатдан одатда тегишли шахс учун хос бўлган рақамларга сезиларли ошиши бўлиб, мия, юрак ва буйракларда функционал ва органик ўзгаришлар билан кечади. билан кечади.

Амалиётда кўпроқ гипертоник кризнинг икки тури фарқланади.

Биринчи тури (ГК I тур) тўсатдан пайдо бўлган бош оғриши ва айланиши, қўзғалиш, қўз олдида “туман” пайдо бўлиши, кўп терлаш, оёқ ва қўлларнинг музлаши, оғиз қуриши, юрак уриши тезлашиши, нафас олиш тезлашиш ва тез-тез пешоб ажралиши белгилари билан тавсифланади.

Иккинчи тури (ГК II тур) аста-секин ривожланиб, узоқ вақт давом этади, бош оғриғи, кулоқда шовқин, кўнгил айланиши, қайд қилиш, юрак соҳасидаги оғриқлар, нафас қисиши билан кечади.

Гипертоник кризларда беморларга стационаргача бўлган босқичда дифференциал тез тиббий ёрдам кўрсатишда, асосан унинг бирга кечадиган асоратларига кўпроқ аҳамият беришимизга тўғри келади. Стационаргача бўлган босқичда гипертоник кризларни куйидаги асоратлари кўпроқ учради.

1. Ўткир коронар етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник криз.
2. Ўткир чап қоринча етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник криз.
3. Мия қон-томир етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник криз.

Тадқиқот мақсади: гипертоник криз ва ундаги асоратларни тез тиббий ёрдам шароитида дифференциал даволаш.

Бизнинг кузатувимизда асоратланган гипертоник криз билан 174 та беморга ёрдам кўрсатилган. Ундан 47 та беморларда ўткир коронар етишмовчилиги, 32 тасида ўткир чап қоринча етишмовчилиги ҳамда 75 беморларда мия-қон томир етишмовчилиги билан кечган.

Дифференциал даволаш мақсадида куйидаги препаратлардан: Аэрозол нитроглицерин 0,5 мг сублингал; 0,005% ли -1 мл фентанил, 0,9% изотоник эритмада вена ичига, фурасемид 40-120 мг.гача вена ичига, 2-4 мл диазепам, дроперидол 0,25% ли 1-2 мл мушак орасига, 1% -1мл морфинни 0,9% ли изотоник эритмада вена ичига юбориш яхши самара берган. 10-20 мг коринфар тил остига берилади, кекса ёшдаги беморларга 2,4% ли 10 мл эуфиллинни изотоник эритмада томир ичига аста секин юбориш мақсадга мувофиқ бўлади.

Кузатувимиздаги 174 - та бемордан 59 тасида гипертоник криз асоратлари кузатилган . Улардан 13 таси ўткир коронар етишмовчилиги билан, 11 таси ўткир чап қоринча етишмовчилиги ҳамда 35 -мия-қон томир етишмовчилиги бўлган беморлар стационаргача бўлган босқичда дифференциал тез ёрдам кўрсатилгандан сўнг шифохонага ётқазилди.

Хулоса. Кузатишлар шуни кўрсатадики асоратланган гипертоник криз билан касалланган беморларга юқорида кўрсатилган дори воситалардан туғри фойдаланиш яхши клиник натижаларга эришига имкон беради. Гипертоник криз ва унинг асоратларида стационаргача бўлган этапда орган системалардаги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда дифференциал тез тиббий ёрдам кўрсатиш мақсадга мувофиқ бўлади.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАВИКСА (КЛОПИДОГРЕЛЬ) У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Каттаханова Р.Ю., Юлчиев О.О., Нишонов У.А., Умурзаков О.Э.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ферганский филиал Республиканского научного Центра

экстренной медицинской помощи

Центральное отделение скорой помощи, Узбекистан

Острый коронарный синдром – любое сочетание клинических признаков или симптомов, заставляющих подозревать острый инфаркт миокард или нестабильной стенокардии.

Основными принципами неотложной помощи у больных ОКС на догоспитальном этапе являются адекватное обезболивание, начальная антитромботическая терапия, как можно более быстрая и бережная транспортировка больного в специализированное лечебное учреждение, а также лечение осложнений ОКС.

Больных с подозрением на ОКС должны провести неотложную помощь так же, как больные с определенным ОКС.

В случаях, когда больной не принимал нитроглицерин следует предпринять попытку купировать боль путем его назначения под язык либо в виде спрея.

При отсутствии эффекта от нитроглицерина следует внутривенно ввести морфин или других наркотических анальгетиков (фентанил, промедол, таламанал). При необходимости его повторное введение может быть осуществлено с 5-минутным интервалом. Применение морфина и других наркотических анальгетиков также целесообразно при острой левожелудочковой недостаточности, выраженном возбуждении больного. При угнетении дыхательного центра, вызванного морфином, следует ввести 0,4–2,0 мг антагониста морфина налоксона.

В основном при ОКС применяется таблетки аспирина. Первая назначаемая доза аспирина составляет 160–325 мг, для более быстрого наступления эффекта аспирин целесообразно разжевать. Альтернативой аспирину при его непереносимости или наличия заболеваний желудочно-кишечного тракта является Плавикс (клопидогрел), нагрузочная доза 300 мг - 4 таблетки по 75 мг.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности Плавикса (клопидогрел) у больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи.

Нами исследовано 115 больных (из них 60 женщин и 55 мужчин) с острым коронарным синдромом (ОКС) в возрасте 50-70 лет. Плавикс (клопидогрел) назначали в дозе 300 мг – 4 таблетки по 75 мг однократно внутрь.

Результаты показали, что положительный эффект наблюдался у 85% больных. Комбинированное назначение Плавикса (клопидогрел) и гепарина уменьшает риск развития острого инфаркта миокарда, по сравнению с таковым при лечении одним аспирином.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение Плавикса (клопидогрель) при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи даёт положительный эффект и является безопасным.

ЛЕЧЕНИЕ АРИТМИЙ ВТОРОЙ ГРУППЫ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Ким К.А., Эшонова А.А., Юлчиев Х.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Аритмии 1-й группы возникают, как правило, в результате изменения вегетативной регуляции работы сердца (неврозы, стрессы и т.д.), в связи с чем они называются также функциональными аритмиями. Вторая группа имеет отношение к органической природе аритмий, связанных с токсическим, воспалительным или морфологическим поражением сердца. К числу органических аритмий относятся нарушения ритма при синдроме Вольфа – Паркинсона – Уайта (WPW), синдроме слабости СА-узла и других вариантах преждевременного возбуждения желудочков. В их генезе существенную роль играют дополнительные (шунтирующие) пути проведения импульса от предсердий к желудочкам в обход СА-узла (Кента, Джеймса и др. – всего их 6). ЭКГ-признаками этих аномалий являются укорочение сегмента PQ<0,09 с, наличие δ -волны на восходящем колене с уширением комплекса QRS и снижением или инверсией зубца Т. Желудочковая пароксизмальная тахикардия (ЖПТ) характеризуется появлением на ЭКГ 3 и более уширенных (> 0.12 с) деформированных комплексов QRS без предшествующего или наслаивающегося на комплекс QRS зубца Р. Могут отмечаться двунаправленные и веретенообразные (пируэт) формы ЖПТ. Наиболее эффективен лидокаин (дозу см. выше), могут применяться мекситил, ритмилен, кордарон или новакаионамид. В отделении экстренной педиатрии ребёнку с синдромом WPW назначен кордарон в/в, кап по 10мг/кг/сутки 2раза в течение 5 дней. С последующим уменьшением дозы в 2 раза. От

которого был хороший эффект. В случае неэффективности назначают электроимпульсную терапию, так как при отсутствии конверсии ритма неминуемо развиваются аритмогенный коллапс и отек легких. Сердечные гликозиды не показаны при лечении ЖПТ. Мерцательная пароксизмальная аритмия (МПА) обусловлена трепетанием (Число сокращений составляет 220 – 350 в минуту) или мерцанием (> 350 в минуту) предсердий и самостоятельным, более редким ритмом желудочков. По частоте сокращений желудочков различают бради-, нормо- и тахиформу МПА. При трепетании предсердий на ЭКГ отмечаются отдельный правильный ритм волн F (или нет) комплексов QRS. Желудочковый ритм может быть правильным и неправильным. При мерцании предсердий клинически наблюдается «бред сердца» с дефицитом пульса на периферии. На ЭКГ отсутствуют зубцы Р. Продолжительность R – R различна.

Таким образом, необходимо подчеркнуть, что целью антиаритмической терапии является не только лечение и предупреждение пароксизмальных аритмий, но и улучшение жизненного прогноза, а для этого очень важно не допустить негативного гемодинамического и проантиаритмического действия назначаемых препаратов.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ГОРОДЕ АНДИЖАНЕ

Китьян С.А., Узбекова Н.Р., Бадалбаева Н.М., Юлдашев Р.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), несмотря на все достижения в лечении, остается актуальной проблемой современной медицины. Высокая распространенность, неблагоприятный прогноз приводящий к летальности являются факторами ориентирующими на более оптимизированные специфичные подходы к профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Показатели, как зарубежных, так и отечественных эпидемиологических исследований указывают на рост встречаемости ХСН среди больных сердечно – сосудистой патологией, в первую очередь ишемической болезнью сердца (ИБС). Данные Фремингемского исследования позволяют нам увидеть уровень распространенность ХСН в 1% у лиц 50–59 лет и до 10% у лиц 80–89 лет [14]. По результатам исследований Европейского общества кардиологов (ЕОК), на каждые 900 млн человек приходится 10 млн страдающих ХСН. У многих пациентов при этом отмечается сохранная функция левого желудочка. [5, 13, 15]. Средняя 5-летняя смертность, по данным Фремингемского исследования, среди всех больных ХСН, составляет 65% у мужчин и 47% у женщин.

Цель исследования. Изучить распространенность хронической сердечной недостаточности методом ретроспективного анализа историй болезни отделения кардиологий клиник Андижанского государственного медицинского института (АГМИ)

Материалы и методы исследования. За 2020 год был проведен ретроспективный анализ 1516 историй болезни пациентов обоего пола старше 18 лет с сердечно-сосудистой патологией: артериальная гипертензия (АГ) и/или хронической ИБС). С учетом критериев исключения и для анализа было отобрано 524 истории болезни. Критериями исключения явились: инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, острые нарушения ритма, аневризма аорты, врожденные и приобретенные пороки сердца, кардиомиопатии, опухоли, миокардит, эндокардит, а также тромбоэмболия легочной артерии, инсульт, хирургические вмешательства, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), тяжелые анемии при уровне гемоглобина менее 70 г/л, тяжелая почечная недостаточность при скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 30 мл/мин/1,73 м² по формуле СКД-EPI, гипертиреоз, феохромоцитомы.

Полученные результаты. В соответствии с указанными критериями включения в исследовании проанализированы данные историй болезни 524 пациентов, 271 мужчин и 253 женщины. Средний возраст мужчин составил 63±7 лет, женщин — 57±10 лет. При поступлении основным диагнозом у всех больных была ИБС, у 275 больных из них, с фоновой АГ. ХСН различных степеней тяжести была диагностирована у 100 % пациентов. Среди всех пациентов с ХСН низкая фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ХСНнФВ) отмечена у 122 (23%), с промежуточными показателями ФВ ЛЖ (ХСНпФВ) — у 157 (30%), с сохраненной ФВ ЛЖ (ХСнсФВ) — у 245 (47%). Фракцию выброса определяли по данным ЭхоКГ. Низкая ФВ определялась при показателях ниже 39%, в интервале от 40% до 49% — как промежуточная, 50% и более — как сохранная. Подтверждение диагноза ХСН включало: данные анамнеза, объективного обследования, ЭКГ, рентгенографию и ЭхоКГ, при этом методом расчета ФВ ЛЖ было правило Симпсона.

Изменения на ЭКГ были неспецифичны, включали в себя гипертрофию левого желудочка, нарушения ритма, изменения сегмента S –T, наличие рубцовых изменений. Рентгенография грудной клетки позволила выявить наличие застойных явлений у 17 (14%) больных. Основным методом, подтверждающим ХСН, явилась двухмерная ЭхоКГ с доплеровским анализом.

Выводы. Полученные данные позволяют предположить, что основную группу пациентов, страдающих АГ, ИБС и осложненные ХСН, составляют лица пожилого возраста от 57 до 63 лет, с небольшим преобладанием больных мужского пола. Более

значимым методом в постановке диагноза ХСН явился метод двухмерной ЭхоКГ с доплерометрическим исследованием. Количество больных ХСН с сохранной функцией заметно преобладало над остальными.

ПРИМЕНЕНИЕ ЗОНИСАМИДА (ЗОРЕСАН) В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ

Клычева Р.И., Рахимбаева Г.С., Насирдинова Н.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель исследования. В настоящее время достигнуты значительные успехи в epileptологии, но несмотря на это резистентные эпилепсии составляют примерно 30 % среди всех форм эпилепсии. Представлен обзор современной литературы, посвященной эффективности и безопасности нового антиэпилептического препарата зонисамид (Зоресан) в лечении эпилепсии, с акцентом на монотерапию. Описаны механизм действия, особенности фармакокинетики, эффективность и переносимость зонисамида при резистентной фокальной эпилепсии, а также при других типах приступов и формах эпилепсии. Рассматриваются показания к применению препарата. Описаны также более широкие возможности применения зонисамида: в лечении генерализованных приступов, при монотерапии. Зонисамид (Зоресан) – новый АЭП широкого спектра терапевтического действия с множественным механизмом действия, благоприятным профилем побочных эффектов и более простым режимом дозирования по сравнению с АЭП предыдущих поколений. Целью данного исследования явилось оценить эффективность препарата зонисамида (Зоресан) в лечении эпилепсии у взрослых.

Материалы и методы исследования. Данное исследование было проведено в отделениях 1 и 3 неврологии клиники Андижанского Государственного медицинского института. Были обследованы 11 пациентов с криптогенной фокальной эпилепсией со вторичной генерализацией и генерализованной эпилепсией в возрасте от 18 до 44 лет. Из них 7 женщин (63,6%), 4 мужчины (36,4%). Дебют эпилептических приступов с детского возраста. С момента начала заболевания пациенты получали множество антиэпилептических препаратов в разных комбинациях, без существенного клинического эффекта, приступы продолжались. Зонисамид (Зоресан) был введен в терапию 8 мес назад в комбинации с препаратом вальпроевой кислоты у 9 (81,8%) пациентов, из них 6 женщин (66,6%) и 3 мужчин (33,4%), и в монотерапии у 2 пациентов (18,2%), из них 1 женщина (50%) и 1 мужчина (50%) и с момента выхода на полную дозу (средние дозы для

взрослых: 200–400 мг / сут.) эпилептические приступы до настоящего времени клинически отсутствуют у 7х пациентов (63,6%) с 4го месяца, из них 5 (71,4%) женщин, 2 (28,6%) мужчин, у 2 пациентов (18,2%) частота приступов уменьшилась более чем в 2 раза, на элетроэнцефалограмме индекс эпилептиформной активности также уменьшился по сравнению с начальным уровнем с 3-4го месяца и у 2 пациентов (18,2%) достигнута уряжение приступов более чем на 50% от начала терапии на 6ом месяце приема зонисамида, на электроэнцефалограмме индекс эпилептиформной активности также низкий.

Результаты и обсуждение.

Терапевтическим ответом считали уменьшение частоты приступов в 2 раза и более по сравнению с начала терапии как клинически, так и электроклинически (индекс эпилептиформной активности на ЭЭГ). Титрация дозы была обязательна: у взрослых – с 50 мг / сут, увеличивая на 50 мг 1 раз в 1–2 нед. При дополнительной терапии у взрослых титрация зависит от совместного приема с индукторами ферментов печени: на 1-й и 2-й неделе доза увеличивается на 50 мг, далее на 100 мг. А при монотерапии у взрослых возможна титрация по 100 мг в неделю. Следует отметить, что ремиссии длительностью 4 месяца приступов не было ни разу у 7х пациентов с момента начала заболевания. Также отмечалась нормализация сна. Переносимость терапии хорошая. Побочных эффектов не отмечалось. Таким образом, при комбинации вальпроевой кислоты и зонисамида и в монотерапии достигнута ремиссия. При сравнении различных типов приступов наилучший терапевтический ответ наблюдался в отношении фокальной со вторичной генерализацией судорожных приступов. Исследование показало, как в дополнительной терапии, так и в монотерапии зонисамид эффективно уменьшает частоту фокальных эпилептических приступов с вторичной генерализацией или без нее у взрослых.

Вывод. Данные клинические исследования демонстрирует высокую эффективность зонисамида в политерапии (в комбинации с препаратом вальпроевой кислоты) и в монотерапии у взрослых с криптогенной фокальной эпилепсией со вторичной генерализацией, резистентной к медикаментозной терапии. Введение в терапию зонисамида (Зоресан) привело к полному прекращению приступов у 7х пациентов (63,6%) и уменьшении количества приступов более чем в 2 раза у 4х пациентов (продолжавшихся с регулярной частотой до 3 и более раз в месяц на протяжении заболевания). В настоящее время приступы отсутствуют в течение 4 мес у 7х пациентов из 11ти, чего не было никогда с момента начала заболевания у этих больных. Также нормализовался сон. Важно отметить, что пациенты принимают препарат 1-2 раза в день, что очень удобно для самого больного.

Полученные клинические данные показали, что зонисамид – перспективный препарат, не только как добавочный при фокальных формах эпилепсии со вторичной генерализацией у взрослых, и по литературным данным и в качестве препарата первого выбора в монотерапии, в том числе и при генерализованных эпилепсиях у взрослых.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Кодирова А.З., Сайдахмедов И.О., Халилова О.С.

ФФРНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Среди других хронических неспецифических заболеваний легких, хронический обструктивный бронхит (ХОБ) выделяется значительной частотой и неблагоприятным прогнозом. Глюкокортикоиды (ГК) занимают главное место в терапии обструктивных заболеваний легких, в том числе ХОБ. ГК могут не только уменьшать количество альвеолярных макрофагов, но и тормозить продукцию интерлейкина-1, увеличивать содержание в ткани легкого фосфолипидов.

Целью исследования было изучение влияния ГК у больных ХОБ на метаболические процессы в альвеолярных макрофагах и бронхоальвеолярной жидкости, а так же влияние на активность антиоксидантной защитной системы, процессы генерации перекиси водорода, содержание фосфолипидов.

Материалы и методы исследования . Было обследовано 52 больных ХОБ с длительностью заболевания от 2 до 10 лет. ГК получали 25 больных в дозе 1 мг на 1 кг массы тела в сутки, в течение 14-15 дней, 27 больных составили контрольную группу, которые получали традиционное лечение.

У больных ХОБ ГК уменьшают содержание перекиси водорода в альвеолярных макрофагах и бронхоальвеолярной жидкости, также влияют на антиоксидантную защитную систему. Отмечены более низкое содержание в бронхоальвеолярной жидкости лизофосфатидилхолина , более высокий уровень фосфатидилсерина и сфингомиелина и значительное увеличение содержания фосфатидилэтаноламина, получавших ГК по сравнению с контролем. ГК также стимулирует синтез фосфолипидов в легочной ткани на фоне угнетения активности фосфолипазы А 2.

Уменьшение продукции перекиси водорода может привести к снижению эффективности фагоцитоза в альвеолярных макрофагах, что требует проведения соответствующих корригирующих мероприятий.

Таким образом, у больных хроническим обструктивным бронхитом глюкокортикостероиды угнетают продукцию перекиси водорода в альвеолярных макрофагах и незначительно влияют на показатели антиоксидантной защитной системы.

Можно расценивать как позитивную метаболическую реакцию синтез фосфолипидов в легочной ткани и угнетение активности фосфолипазы А₂, у больных ХОБ принимавшие ГК.

Больным ХОБ получающих ГК с целью профилактики неблагоприятных метаболических эффектов, возможно применение стимуляторов фагоцитоз, а также антиоксидантов.

SIMULYATSION TA'LIMNING AMALIY MASHG'ULOTLARDA AHAMIYATI

Kodirova Sh.A., Xodjanova Sh.I.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

Dolzarbli. Hozirgi zamon talablariga mos, fan va texnikaning so'nggi yutuqlarini o'zlashtirgan, milliy va ma'naviy qadriyatlarimizni ta'lim tizimiga tatbiq eta oladigan o'qituvchidan endilikda (milliy dastur) talablariga xos yangicha yondoshuv, yangicha metodika va yangicha kasb mahorati talab qilinadi. Uzoq yillar davomida umumiy va kasb ta'limi tizimidagi ta'lim jarayoni "bilim – ko'nikma – malaka" didaktik uchligiga muvofiq deduktiv asosda qurildi. Bunda asosiy e'tibor bilimlarni o'zlashtirishga qaratildi va bu orqali amaliy ko'nikma va malaka talablari o'zlashtirilishi mumkin, deb qaraldi. Ko'nikmalarni shakllantirish jarayoni esa uzoq, ko'p takrorlashni talab qiladi. Shuning uchun, talaba uchun o'ziga xos mahoratni shakllantirish jarayonida o'qituvchi ishining muhim jihati- bu ta'lim jarayonini doimiy kuzatish, ko'nikma to'g'ri shakllantirilishi uchun zarur tuzatishlar kiritish, takroriy takrorlash jarayonida xatolar takrorlanmasligi va eng asosiysi, xatolar aniqlanmasligini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Shuning uchun bu ma'noda hozirda simulyatsion ta'limning o'rniga alohida e'tibor qaratilmoqda.

Simulyatsiya (simulatsio-ko'rinish, pretense) - bu ma'lum bir shaxs tomonidan kasallikning paydo bo'lishi yoki uning o'ziga xos belgilari jarayonni sun'iy (mexanik yoki kompyuter) tizim yordamida taqlid qilish. Hozirgi kunda realizm darajasiga ko'ra, tibbiyotni o'qitish uchun simulyatsiya texnologiyalarining yetti guruhi mavjud.

Maqsadi. Talabalarning malakasini yanada oshirish, o'qitish jarayonida olingan bilim va ko'nikmalarni mustahkamlash va chuqurlashtirish hisoblanadi.

Vazifalar. Talabalarning o'z mutaxassisligiga qiziqishini oshirish, kasbiy faoliyat sohasidagi muammolarni mustaqil va samarali hal qilish qobiliyatlarini rivojlantirish hamda bo'lajak mutaxassisning mustaqil ishga kasbiy tayyorgarligini tekshirish.

Material va uslublar. Trenajyorlar va fantomlar, virtual patsient, guruh talabalari, real tibbiy hujjatlar.

Natijalar: Simulyatsion o'qitish kafedrasida 3-5 kurs talabalari uchun ichki kasalliklar fani amaliy mashg'ulotlari simulyatsion ta'lim asosida ham amalga oshirilmoqda. Simulyatsiya texnikasi va texnologiyalari, algoritmlar va standartlar, simulyatorlar va fantomlar talabalarning qobiliyatlarni o'rganish va amaliy ko'nikmalarni avtomatizm ko'rinishida egallashga yordam beradi. Simulyatsiya jarayonida "haqiqiy" sharoitlarda, real vaqtda, mavjud klinik qurilmalar va sarf materiallarini qo'llash imkonini beruvchi oldindan o'rganish muhitini yaratish imkoniyati hosil bo'ladi. O'quv xonasining odatdagi sharoitidan farqli o'laroq, trenajyorlar talabaga ekstremal vaziyatlarda, o'z-o'zidan va faol fikr yuritishga, axborotni passiv ravishda yodlab olmaslikka imkon beradi. O'qitishning 1-bosqichida 3-4 kurslar talabalari bemorlarni normada va patologiyada organ va tizimlar bo'yicha tekshirish (o'pka va yurak palpatsiyasi, perkussiyasi, auskultatsiyasi, AB ni o'lchash) usullarini takrorlab, takomillashtirishadi. Shuningdek, talabalar EKG ni tushirish va o'zgarishlarni tahlil qilish ko'nikmasini ham o'zlashtirish imkoniyatiga ega bo'lishadi. O'qitishning bu bosqichida test nazorati orqali talabalar o'zlashtirgan amaliy ko'nikmalari nazorat qilinadi. O'qitishning 2-bosqichida esa 5-kurs talabalari "Bemor shifokor qabuliga keldi" treningi asosida real holatga moslashirilgan shoshilinch holatlarda holatlarda tashxisni shakllantirish va amaliy yordam ko'rsatishni o'zlashtirishadi.

Xulosalar

1. Simulyatorlar yordamida o'qitish tibbiyot oliy o'quv yurti bakalavriat bosqichi quyi kurslari talabalarining kasbiy malakasini shakllantirish va amaliy ko'nikmalarini rivojlantirishda samarali o'qitish usullaridan biridir.
2. Kafedra xodimlarining to'g'ri tashkil etilgan uslubiy yondashuvi, ya'ni, amaliy ko'nikmalar algoritmlarining uslubiy ishlanmalaridan, amaliy ko'nikmalar videobankidan samarali foydalanish tufayli amaliy ko'nikmalarning tezroq o'zlashtirilishi va to'g'ri bajarilishini ta'minlash mahorati shakllanadi.
3. Simulyatsiya texnologiyalaridan foydalangan holda amaliyot jarayonini to'g'ri tashkil etish kasbiy amaliy ko'nikmalarni nazariy tavsifdan yuqori darajada egallashga imkoniyat yaratadi.

Zero, professor I.Ya.Konfederatov ta'kidlaganidek: "Talabani faqat bilish uchun o'qitish emas, balki asosiy- ishlashni bilish uchun ham o'qitish kerak. Shaksiz, ushbu ko'nikma o'qitishning asosiy maqsadi hisoblanadi, bilim esa bu yo'lda tashlangan qadamdir ...".

РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА MDASI-HF

Колесниченко Н.А.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Несмотря на рост заболеваемости и высокие позиции среди причин смерти, современная медицина добилась больших успехов в борьбе с онкологическими заболеваниями, значительно повысив выживаемость и длительность жизни онкобольных.

Вместе с тем следует отметить, что массовое применение различных химиотерапевтических препаратов у онкологических больных приводит к токсическим поражениям различных органов и тканей, в первую очередь данные осложнения касаются сердечно-сосудистой системы. В результате проводимого лечения риск летального исхода от заболеваний сердечно-сосудистой системы может стать выше, чем риск смерти, связанный с рецидивом или прогрессированием опухоли. Так же по мере увеличения длительности течения заболевания и его прогрессирования контроль симптомов и улучшение качества жизни приобретают первостепенное значение. Чтобы улучшить управление симптомами у данной группы больных используются различные опросники и шкалы оценки симптомов. За рубежом получил достаточное распространение опросник оценки основных симптомов M.D. Anderson Symptom Inventory-Heart Failure (MDASI-HF). MDASI-HF – это специальный инструмент для оценки симптомов у больных раком с сопутствующей сердечной недостаточностью (CH). Существуют его версии на английском, испанском, китайском языках. В то время как в российской кардиоонкологии до настоящего времени отсутствуют инструменты для комплексной оценки симптомов онкозаболевания и сердечной недостаточности.

Цель исследования – выполнить перевод на русский язык опросника MDASI-HF и апробировать, получившуюся русскоязычную версию у онкобольных с сопутствующей сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Опросник MDASI-HF представляет собой цифровые оценочные шкалы от 0 до 10 баллов (0 — полное отсутствие симптома, 10 —

максимальная интенсивность симптома, которую можно представить). Шкалы группируются в три блока:

Первый, для оценки основных симптомов у больных с онкологическими заболеваниями: боль; слабость; тошнота; нарушение сна; подавленность; одышка; нарушение памяти; нарушение аппетита; сонливость; сухость во рту; печаль; рвота; онемение/покалывание.

Второго блока из 8 шкал касающихся симптомов сердечной недостаточности: увеличение живота, отеки голеней, трудности со сном без добавления дополнительных подушек под голову, утомляемость, учащенное сердцебиение (тахикардия), ночной кашель, ночные пробуждения из-за затруднения дыхания, необоснованное быстрое увеличение веса.

Третий, для 6 цифровых оценочных шкал оценки влияния совокупности симптомов на следующие параметры качества жизни больного: общая активность, настроение, двигательная активность, работа, включая работу по дому и вне дома, отношения с другими людьми, способность радоваться жизни.

Адаптацию и валидацию опросника MDASI-HF проводили в соответствии с международными стандартами, принятыми при работе с опросниками оценки КЖ и включала два этапа:

1. Культурная и языковая адаптация опросника MDASI-HF: 8 шкал оценки симптомов СН были в несколько этапов переведены на русский язык. Полученная предварительная версия опросника подверглась пилотному исследованию, показавшему, что вопросы и варианты ответов были понятны больным и не вызывали особых затруднений при чтении.

2. Валидация опросника MDASI-HF с определением конструктивной валидности и надежности инструмента: надежность подтверждена высокой внутренней согласованностью и надежностью повторного тестирования. α -Кронбаха составила для симптомов СН 0,877; для основных симптомов рака 0,925; для признаков влияния на качество жизни 0,898. Коэффициент внутриклассовой корреляции (ICC) составил 0,976 для шкал, характеризующих симптомы рака, 0,989 для отражающих влияние на качество жизни, 0,960 для специфичных симптомов СН.

Валидность была подтверждена значимой умеренной прямой корреляцией русскоязычной версии MDASI-HF с классификацией Нью-Йоркской ассоциации кардиологов NYHA (коэффициенты корреляции 0,466-0,615) и шкалой ECOG (коэффициенты корреляции 0,502-0,623). А также с помощью факторного анализа

методом «главных осей», который выявил, что 8 симптомов СН группируются по трем факторам: сердцебиение и нарушение сна, жизненный тонус, задержка жидкости

Результаты исследования. В исследовании приняло участие 125 пациентов, находившихся на лечении в ОБУЗ Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова из них 46 (36,8%) мужчин и 79 (63,2%) женщин. Возраст колебался от 20 до 90 лет. У 5 (4%) пациентов была II стадия онкологического заболевания, 65 (52%) с III стадией, 47 (37,6%) с IV стадией, 8 (6,4%) с рецидивом. По шкале ECOG: 0 - 3 (2,4%), 1 - 30 (24%), 2 - 56 (44,8%), 3 - 23 (18,4%), 4 - 13 (10,4%). По NYHA: I - 40 (32%), II - 55 (44%), III - 20 (16%), IV - 10 (8%).

Была изучена частота встречаемости, выраженность и влияние на качество жизни симптомов у онкобольных с сердечной недостаточностью. На первом месте по распространенности среди основных симптомов была слабость (94,4%), на втором нарушение сна (80%). Далее следовали симптомы нарушения психологического функционирования: печаль (75,2%) и подавленность (74,4%). Промежуточное положение занимали показатели частоты встречаемости следующих симптомов: боль (72%), нарушение памяти (72%), одышка (71,2%), сонливость (67,2%), сухость во рту (54%), ощущение онемения или покалывания (53%). Реже всего встречались симптомы тошноты (32%), нарушения памяти (20%) и рвоты (10,4%).

Среди симптомов сердечной недостаточности чаще всего встречались утомляемость (96%), тахикардия (80%), отеки голеней (72%). Промежуточное положение заняли ночной кашель (40%) и ночные пробуждения из-за нарушения дыхания (38,4%). Наименьшая частота: трудности со сном без дополнительных подушек под голову (28%), необоснованное быстрое увеличение веса (24%), увеличение живота (16,8%).

Было выявлено, что наиболее выраженными среди основных симптомов онкозаболевания являлись слабость (5 баллов), нарушения сна (3,8 балла) и боль (3,8 балла). Наименее выраженными симптомами являлись нарушения памяти (1,5 баллов), ощущение онемения или покалывания (1,5 баллов), тошнота (1 балл) и рвота (0,5 балла). Промежуточное положение занимали показатели выраженности следующих симптомов: подавленность (2,8 балла), печаль (2,6 балла), нарушение аппетита (2,2 балла), сонливость (2,1 балл), сухость во рту (1,8 балла), одышка (1,8 балла).

Было выявлено, что наиболее выраженными симптомами сердечной недостаточности являлись утомляемость (5,2 балла), отеки голеней (3,8 балла) и трудности со сном без дополнительных подушек под голову (3,4 балла). Наименее выраженными симптомами являлись необоснованное быстрое увеличение веса (2,06 балла), увеличение живота (1,96 баллов). Промежуточное положение занимали показатели

выраженности ночного кашля (3 балла), тахикардии (2,6 балла), ночных пробуждений из-за нарушения дыхания (2,4 балла).

В большей степени симптомы оказали влияние на показатели физической активности: двигательная активность (6 баллов), работа (5 баллов), общая активность (4,8 балла). Показатели психоэмоциональной сферы страдали в меньшей степени: настроение (3 балла), способность радоваться жизни (2,8 балла), отношения с другими людьми (1,8)

Выводы. Русскоязычная версия MDASI-HF – надежный инструмент оценки симптомов онкологических больных с сопутствующей СН, который может сыграть важную роль в надлежащей и своевременной оценке симптомов у онкологических, а также существенно улучшить эффективность лечения симптомов и качество жизни больных.

АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ И ПРИНЦИП РАБОТЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ

**Корабеев М. К., Маманабиев Ю.Т., Махмудов Н.И., Каттаханова Р.Ю.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан**

Алгоритм действия работы отдела переливания крови сводится к следующему: после принятия заказа по локальной сети, информации о параметрах крови реципиента автоматически проверяется на достоверность с его предыдущими данными, находящимися в базе данных «Бывшие пациенты», если пациент ранее находился на лечении в ФФРНЦЭМП; далее осуществляется проверка наличия самого реципиента в базе данных носителей инфекционного заболевания и определяется режим переливания крови, после чего осуществляется автоматический поиск необходимого препарата в собственном Банке препаратов крови. В случае наличия необходимого препарата автоматически составляется, паспортные данные на препарат крови и пояснительная записка по режиму переливания крови и оформляется формуляр на выдачу препарата.

В случае отсутствия возможностей удовлетворения спроса на данный момент заказ выполняется за счет банка препаратов крови городской станции переливания крови. Разработано математическое обеспечение и создана прикладная компьютерная программа для реализации описанной технологии приёма, поиска, анализа и исполнения заказа.

Блок схема описанного алгоритма представлена на следующем рисунке, где:

КП 1 – программный регистр заказа на препарат и установление его достоверности, а также характеристика реципиента

КП 2 – программа по генерации данных о регламентах и режимах переливания препаратов

КП 3 – программа по поиску необходимого препарата из собственного банка

КП 4 – программа по составлению учета, отчёта и анализа деятельности отдела переливания крови

БД 1 – база данных о «бывших пациентах»

БД 2 – база данных о «носителях инфекции»

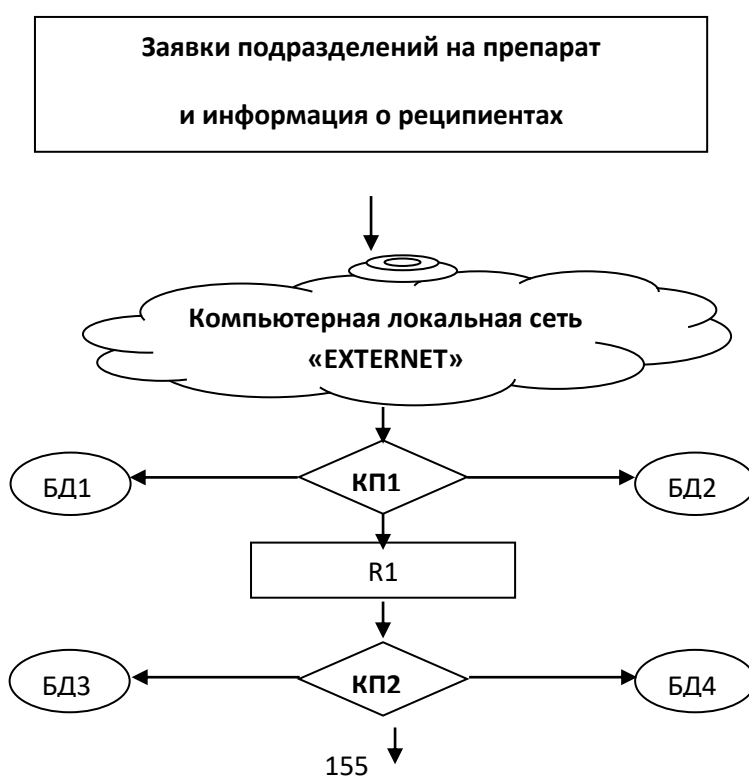
БД 3 – база данных утвержденные регламенты, правила и режимы переливания крови

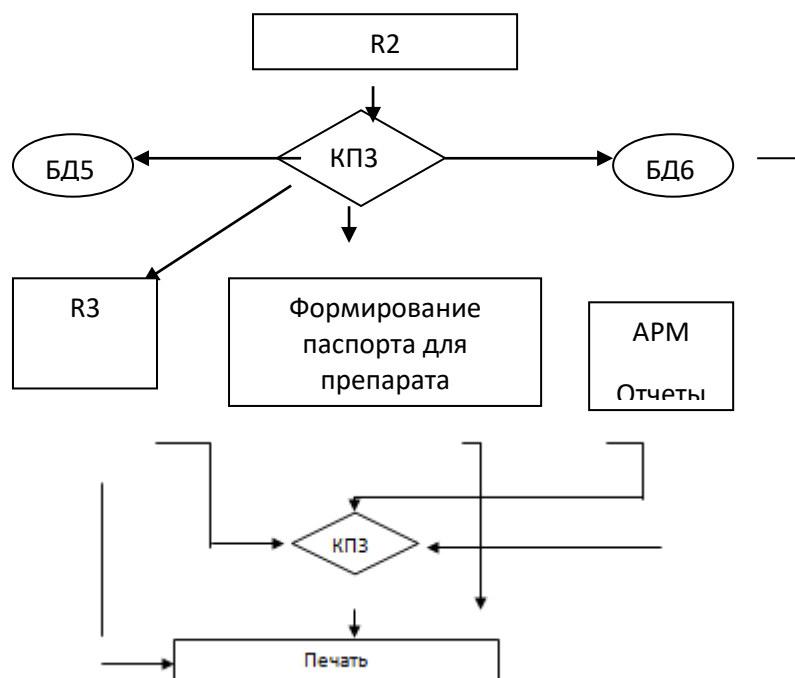
БД 4 – база данных о «донорах»

БД 5 – база данных «банк крови и её препараты»

БД 4 – база данных «учет работы отдела»

R 1, R 2, R 3 – автоматизирование генерации решений для дальнейшего исполнения.





Опытная эксплуатация разработанной программы и соответствующей технологии в организации работы отдела переливания крови показала повышение достоверности, исключение возможных ошибок, а также оперативность оказания экстренной медицинской помощи. Обеспечение безопасности информации в нашей системе осуществляется в соответствии с политикой безопасности, утвержденной для системы «EXTERNET».

INSONNI KO'RISH ORGANLARI – OPTIK SISTEMA

Qosimova G.S., Ahmadaliyeva G.X.

FJSTI, O'zbekiston

Annotatsiya. Odam ko'zi o'ziga xos optik asbob bo'lib, optik asboblarning ko'z sezishiga mo'ljallangan. Odam ko'zi biologik sistema sifatida qaralsada, bionika doirasida optik sistemalarni loyihalashda, ko'z nuqsonlarini yaxshilashda optik qonunlarga asoslanadi.

Ko'rish - insonning asosiy hislaridan biri bo'lib, ko'zlar tufayli odamlar eng ko'p ma'lumot oladi. Dunyoni aniq, o'tkir nigo bilan ko'rish uchun inson tanasida ko'z va miya bilan bog'liq bo'lgan juda murakkab jarayon sodir bo'ladi. Agar bu tizimda eng kichik nosozlik bo'lsa, u holda yaqinni ko'ra olmaslik va uzoqni ko'ra olmaslikka olib keladi.

Oddiy ko'z uchun, obyektning ko'rish uchun eng qulay masofa - taxminan 25 sm, bu masofada ko'z tafsilotlarni yetarlicha ajratadi. Bu masofa eng yaxshi ko'rish masofasi deb ataladi. Miyopik ko'z uchun bu masofa biroz kamroq, shuning uchun, uzoqni ko'rayotgan odamlar, ko'rib

chiqilayotgan obyektни oddiy ko'rish qobiliyatiga yoki uzoqni ko'ra oladigan odamlarga qaraganda ko'zga yaqinroq joylashtirib, uni keng nuqtai nazardan ko'rishadi va mayda detallarni yaxshiroq farqlay olishadi yoki turli optik asboblardan foydalanadilar.

Ko'zni qurollantiruvchi optik asboblarni quyidagi katta guruhlarga bo'lish mumkin.

- Juda kichik narsalarni tekshirish uchun ishlatiladigan asboblار-lupa, mikroskop. Bu qurilmalar ko'rib chiqilayotgan obyektlarni "kattalashtiradi".

- Uzoqdagi obyektlarni ko'rish uchun mo'ljallangan qurilmalar -teleskop, durbin va boshqalar. Bu qurilmalar ko'rib chiqilayotgan obyektlarni "yaqinlashtiradi".

Linza - eng oddiy optik tizim. Ikkala tomoni sferik sirtlar bilan chegaralangan shaffof jismlar linzalar deb ataladi. Odatda linzalar shishadan qilinadi.

Linzalarning o'rtasi chekkasiga nisbatan yo'g'onroq bo'ladi va ularning hammasi qavariq linzalar deb ataladi.

O'rtalari chekkalariga nisbatan ingichka bo'lgan linzalar botiq linzalar deb ataladi

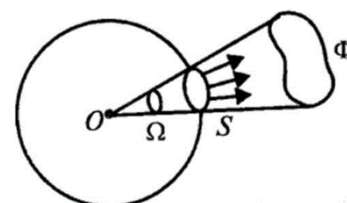
Oddiy yupqa linzalar asosan ko'zoynak shaklida, bundan tashqari, kattalashtirish oynasi sifatida xam ishlatiladi. Ko'zga deyarli ko'rinmaydigan kichik narsalarni o'rganish uchun kattalashtiruvchi linzadan foydalaniladi va agar uning kattalashuvi yetarli bo'lmasa, u holda mikroskoplar ishlatiladi. Zamonaviy optik mikroskoplar tasvirni 1000 martagacha kattalashtirish imkonini beradi va elektron mikroskoplar o'n minglab marta. Bu ob'ektlarni molekulyar darajada o'rganishga imkon beradi.

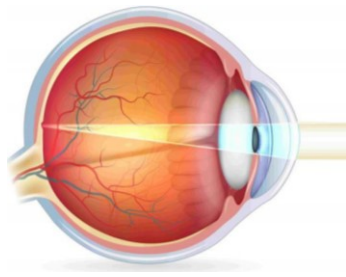
Inson ko'zining diametri taxminan 2,5 sm bo'lgan sferik tana bo'lib, uni ko'z olmasi deyiladi.

Ko'z yashil nurlarni eng yaxshi sezadi. Shuning uchun nafaqat qabul qiluvchi qayd etadigan yorug'lik energiyasi miqdorini, balki uning ko'zga ta'sirini xarakterlovchi kattalikni ham bilish muhim ahamiyamiatga ega. Shu maqsadda yorug'lik oqimi tushunchasidan loydalaniladi. Yorug'lik oqimi barcha yorug'lik xarakteristikalarini ko'zda sezgi uyg'otuvchi elektromagnit nurlarga taalluqli kattaliklardir.

1. Φ yorug'lik oqimi — vaqt birligida istalgan yuza orqali o'tadigan nurlanish energiyasi.

Ω fazoviy burchak qarshisidagi S yuza orqali nuqtaviy manba chiqarayotgan yorug'lik oqimi ko'rsatilgan. Agar barcha yo'nalishlardagi yorug'lik oqimlari qo'shib chiqilsa, manbaning to'la yorug'lik oqimi hosil bo'ladi. Yorug'lik oqimining SI birliklar sistemasidagi birligi — **lyumen (lm)**.





2. **I** yorug'lik kuchi yorug'lik manbayidan fazoviy burchak bo'ylab tarqalayotgan yorug'lik oqimining shu fazoviy burchakka nisbati bilan aniqlanadi:

Yorug'lik kuchining SI birliklar sistemasidagi birligi - **kandela (cd)** asosiy yorug'lik birligi hisoblanadi.

3. **E** yoritilganlik - **S** yuzali sirtga tushayotgan **Φ** yorug'lik oqimining shu yuzaga nisbati bilan aniqlanadi. Yoritilganlikning birligi - **lyuks (lx)**.

Lyuks-1 (lm) yorug'lik oqimining 1 m² yuzada tekis taqsimlanganda hosil qiladigan yoritilganligidir.

Mehnat unumdorligini o'ttirish va ko'zning ko'rish qobiliyatini saqlab qolish maqsadida ish joylarining yoritilganligi uchun turli mezonlar belgilangan:

- o'qish uchun – (30-50) lyuks
- rasmga olishda – 10000 lyuks dan ortiq
- kino ekranida – (20-80) lyuks
- havo bulut bo'lganda – 1000 lyuks va undan ortiq.

Tibbiy statistika shuni ko'rsatadiki, har to'rtinchi odam miyopiya bilan bog'liq muammolarga duch keladi. Ushbu kasallik ko'rish keskinligining pasayishi va uzoqda joylashgan obyektlarning yomon qabul qilinishi bilan tavsiflanadi. Bu jarayon ko'zning optik tizimidagi katta sinishi bilan bog'liq bo'lib, uning o'qi uzunligiga to'g'ri kelmaydi. Miyopiya kasallik sifatida rivojlanishi mumkin va ko'rishning asta-sekin yomonlashishiga olib keladi.

Ko'zda tasvirni har qanday masofada normal ko'ra olishi uchun optik o'q to'g'ri yo'nalishga ega bo'lishi kerak va u to'r pardaga qaratilishi kerak. Shoxparda va linzalar orqali uzatiladigan tasvir haqida ma'lumot beradi. Miyaning ko'rish apparati uchun mas'ul bo'lgan qismida nurlar kiradi. Agar nurlarning sinishi jarayoni to'r pardadan tashqarida sodir bo'lsa, u holda ko'rish keskinligi yomonlashadi.

Optikaning amaliy ahamiyati nafaqat inson organizmida va uning boshqa bilim sohalariga ta'siri juda katta. Teleskop va spektroskopning ixtirosi insoniyat oldida eng ajoyib va eng ulkan olamda sodir bo'layotgan hodisalar ochildi. Mikroskopning ixtirosi biologiyada inqilob qildi. Fotosurat deyarli barcha fan sohalariga yordam berdi va yordam bermoqda. Ilmiy asbob-uskunalarining eng muhim elementlaridan biri linzadir. Busiz mikroskop, teleskop, spektroskop, kamera, kino, televizor va boshqalar bo'lmaydi, ko'zoynak bo'lmasdi va 50 yoshdan oshgan ko'p odamlar ko'rish bilan bog'liq ko'plab imkoniyatidan mahrum bo'lardilar.

Kasalliklarning oldini olish uchun:

- vizual mashqlarni bajarish,

- ish joyida yoritish to'g'ri bo'lish,
- jamoat transportida kitob o'qishdan qochish,
- kompyuterda uzoq vaqt ish bashariladigan bo'lsa, unda har yarim soatda chalg'ish va ko'zlar uchun jismoniy mashqlar qilish kerak bo'ladi.

Xulosa qilib quyidagilarni aytish va tavsiya qilish mumkin. Yaqinni ko'ra olmaslik va uzoqni ko'ra olmaslik zamonaviy dunyoda eng keng tarqalgan kasalliklardan biridir: ular bilan yangi tug'ilgan chaqaloqlar ham, keksa odamlar ham duch kelishadi. Mutlaqo sog'lom odamda ham hayot davomida rivojlanishi mumkin. Ko'zoynak va linzalar yordamida ko'rish muammosini tuzatish mumkin, ammo ularning afzalliklari va kamchiliklari borligini yodda tutish kerak. Keksalikda shunga o'xshash muammoga duch kelmaslik uchun yong'oq, sabzi, lavlagi, maydanoz va boshqalarni ko'proq iste'mol qilish tavsiya qilinadi.

ДИАГНОСТИКА АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Кузнецова Е.А., Ионов А.Ю., Есауленко Е.Е.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Цель: оценить диагностическую значимость определения свободного тестостерона на различных стадиях фиброза печени у мужчин с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы: обследованы 125 мужчин молодого и среднего возраста (36.4 ± 9.5 лет) с избыточной массой тела и ожирением ($ИМТ \geq 25$ кг/м²) и ультразвуковыми признаками НАЖБП. В сыворотке крови, взятой в утреннее время, определялась концентрация АЛТ, АСТ, сексстероид-связывающего глобулина (СССГ), общего тестостерона (ОТ). Свободный тестостерон (СТ) рассчитывали математическим методом с помощью интернет-калькулятора <http://www.issam.ch/freetesto.htm>. Исследовалась концентрация свободного тестостерона в слюне (Тсл), собранной утром (8.00-9.00). Ультразвуковое исследование печени проводилось на аппарате Sono Scape S30 конвексным датчиком 2,8 – 5,1 МГц. Эластография печени проводилась на ультразвуковом аппарате Aixplorer (Supersonic Imagine, Франция) с определением коэффициента жесткости. Наличие и степень фиброза оценивали с использованием классификационной шкалы METAVIR. Пороговые значениями коэффициента жесткости: в норме до 4,5; стадия фиброза F1 (легкий фиброз) – до 6,43; для F2 (фиброз средней тяжести) $\geq 6,43$; для F3 $\geq 9,54$ (тяжелый фиброз); для F4 $\geq 11,34$ (цирроз). Пациенты основной группы были

разделены на 2 подгруппы в зависимости от стадии фиброза: F₀₋₁- 78 мужчин (подгруппа 1) и F₂₋₃- 47 мужчин (подгруппа 2). Контрольную группу составили 30 мужчин в возрасте от 20 до 50 лет (33.4 ± 7.2 лет) без признаков ожирения и НАЖБП.

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 Windows, StatSoft, Inc. Взаимосвязи между показателями определялись методом ранговой корреляции Спирмена и регрессионного анализа. Различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты: в сравнении с подгруппой 1, в подгруппе 2 выявлены более низкие значения свободного тестостерона слюны ($322,3 \pm 108,4$ пмоль/л в подгруппе 1 и $237,4 \pm 98,5$ пмоль/л в подгруппе 2, $p < 0,05$), СТ ($307,1 \pm 79,9$ и $288,3 \pm 110,2$ пмоль/л, $p < 0,05$), и более высокий уровень СССГ ($23,8 \pm 19,1$ и $56,8 \pm 17,5$ нмоль/л, $p < 0,05$), при отсутствии значимых различий в концентрации ОТ ($12,6 \pm 3,6$ и $10,9 \pm 4,8$ нмоль/л, $p > 0,05$).

Выводы: при прогрессировании фиброза печени у мужчин с НАЖБП статистически значимо снижается концентрация свободного тестостерона, что обусловлено изменениями уровня СССГ. Так, снижение уровня СССГ, характерное для ожирения, наблюдается на начальных стадиях НАЖБП в отсутствие выраженного фиброза, но при прогрессировании фиброзных изменений концентрация СССГ возрастает. Это приводит к уменьшению уровня свободного тестостерона, тогда как концентрация общего тестостерона поддерживается за счет увеличения СССГ. Таким образом, у для диагностики дефицита андрогенов у мужчин с НАЖБП необходимо исследование свободного тестостерона.

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА: К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

Курамов Ш.Ю., Каттаханова Р.Ю., Махмудов Н.И.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Острая боль в поясничной области или почечная колика, причиной которой является обструкция конкрементами мочевого тракта, - одна из часто встречающихся проблем в неотложной медицине. Множество патологических состояний со стороны органов брюшной полости способны симулировать обструкцию мочевого тракта. Клинико-физикальные и лабораторные методы обследования не всегда с высокой точностью позволяют подтвердить или исключить диагноз. В частности, тесты на выявление гематурии, как главного признака, сопровождающего обструкцию мочевого тракта, имеют чувствительность, по данным различных авторов, от 81 до 84%,

специфичность - 48% и прогностическую ценность отрицательного результата в пределах 65%. (Bove P .et al. 1999, Luchs JS, et al. 2002).

Соответственно, различные альтернативные заболевания могут сопровождаться гематурией.

Традиционно, в череде ступеней алгоритма топической диагностики пациентов с болью в поясничной области, присутствуют - ультразвуковое сканирование (УЗС), экскреторная урография (ЭУ), ретроградная пиелоуретерография, цистоскопия с катетеризацией мочеочника. В большинстве случаев пациенты проходят все этапы диагностических процедур до установления окончательного диагноза. Во многих странах в последние годы нативное или безконтрастное компьютерно-томографическое (КТ) исследование становится методом выбора для визуализации пациентов с болью в поясничной области, вытесняя экскреторную урографию. Преимуществами КТ являются: быстрое - особенно на мультисрезовых спиральных томографах - получение изображений высокого качества; возможность снижения суммарной лучевой нагрузки на исследуемого при использовании низкодозовой технологии сканирования; точность в измерении и локализации патологических объектов; денситометрический анализ структур. Эти условия способствуют более прецизионной идентификации альтернативной патологии, симулирующей клинику обструкции мочевых путей.

Спектр патологических состояний, манифестирующих коликоподобными болями в поясничной области, и трудно оцениваемых при помощи УЗС и рентгенографии, в том числе экскреторной, достаточно широк. Так, Rucker C. с соавторами (2004) описывают ряд патологий, выявленных при нативных КТ обследованиях у пациентов с подозрением на обструктивный конкремент верхнего мочевого тракта. По их данным, у 45% обнаружена альтернативная патология. В их числе: аппендициты, поражения яичников, а также, нечасто встречающиеся, - лимфома почки, дивертикулит восходящей части толстой кишки. Dalrymple NC с коллегами (2002), констатируют о выявлении альтернативных заболеваний у 65 (28%) из 236 пациентов с подозрением на уретеронефролитиаз. Из них - в 43 случаях обнаружена экстраурогенитальная патология.

Материалы и методы исследования. В рентгенологическом отделении ФФРНЦЭМ в 2007 году проведено 86 нативных КТ обследований пациентов с первичным диагнозом «почечная колика» в первые сутки после поступления. КТ сканирование выполнялось на аппарате GE CT Max 640. Толщина скана 2-5 мм, интервал -5 мм. Среднее количество сканов - 22-25. У 23 (26,7%) обнаружена конкурентная патология без признаков уретеронефролитиаза. Основную долю заболеваний среди них составили: острые заболевания органов пищеварительного тракта (аппендицит, холецистит, панкреатит)-

36%, аднекситы и тубоовариальные конгломераты- 32%, неоплазмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства -14%, дегенеративные изменения позвоночника- 11%. При оценке диагностической ценности КТ сравнительно с традиционной комбинацией - УЗС+ЭУ, чувствительность методов составила: КТ- 91%; УЗС+ЭУ- 78%.

Результаты. Следует отметить, что использование КТ на первичном этапе обследования, позволило сократить время постановки клинического диагноза в среднем с 72 до 24 часов, тем самым, способствуя более раннему началу лечебных мероприятий, либо переводу пациента в профильное отделение. По нашему мнению, преимущество КТ сканирования в экономии времени достигается, как за счёт скорости самого исследования, так и, вследствие отсутствия необходимости подготовки кишечника и определения биохимических показателей крови, что, как правило, предшествует выполнению обзорной и экскреторной урографии.

Резюмируя, следует отметить, что нативное компьютерно-томографическое сканирование, являясь высокоинформативным, прецизионным и неинвазивным методом визуализации, может быть рекомендовано в качестве базисного обследования в алгоритме диагностических мероприятий при почечной колике.

ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Леонтьева Т.С., Кондрашова Ю.А.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы, в частности хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – одна из наиболее важных проблем современной медицины. ХСН, являясь исходом практически любого кардиологического заболевания, присутствует в 92% диагнозов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [4,5]. Летальность больных с ХСН не зависит от стадии заболевания и составляет 6%, что сравнимо с летальностью пациентов с онкопатологией [1]. Важно понимать, что на продолжительность и качество жизни пациентов влияет не только ранняя диагностика, но также достаточность проведенных лечебных мероприятий. Установлено, что прогноз пациентов также связан с низкой комплаентностью больных, поэтому высокая приверженность – один из аспектов эффективного лечения [3].

Цель исследования - анализ комплаентности у больных с ХСН после выписки из стационара.

Материалы и методы исследования. Участие в исследовании приняли 48 пациентов с диагнозом ХСН. Все больные были ранжированы тремя способами в соответствии с:

- полом: женщины – 22 человека (45,8%), мужчины – 26 человек (54,2%);
- возрастом: до 59 лет (12 больных - 25%), 60-69 лет (25 пациентов - 52%) и 70 лет и более (11 человек - 23%);
- сопутствующей патологией: у 26 человек (54,17%) – патологии органов желудочно-кишечного тракта, у 13 (27,08%) - метаболические нарушения, у 9 пациентов (18,75%) – нарушения со стороны дыхательной системы.

При распределении по стадиям и функциональным классам (ФК) ХСН установлено, что у 12,5% больных ХСН I стадии, у 66,7% - ХСН IIa стадии, и у 20,8% - ХСН IIb стадии; у 56,25% пациентов – ХСН II ФК, у 41,75% - III ФК, и у 2% - IV ФК.

Для определения уровня комплаентности применялась шкала оценки уровня приверженности Мориски - Грина [2]. Приверженными считались пациенты, набравшие 4 балла.

Результаты исследования показали, что из 48 опрошенных соблюдают назначенную терапию лишь 37%. Среднее количество набранных пациентами баллов составило 2,6. Более подробный анализ показал, что 50% больных невнимательно относятся к времени приема препарата и пропускают его прием в случае, если связывали предыдущий прием с ухудшением самочувствия, 41,67% опрошенных отмечают, что минимум 1 раз забывали принять препарат, а 39,6% больных при хорошем самочувствии пропускают прием.

Уровень приверженности составил 45,5% и 30,8% среди мужчин и женщин соответственно. Привержены к терапии 41,7% опрошенных возрастом до 59 лет, 48% больных в возрасте от 60 до 69 лет и 3 пациентов старше 70 лет. При анализе связи сопутствующей патологии и уровня приверженности установлено, что полностью следуют назначениям 18 пациентов (69,23%) с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 7 обследуемых (77,8%) с заболеваниями дыхательной системы и 5 опрошенных (38,46%) с метаболическими нарушениями.

Выводы. Проведенное исследование показало, что в большинстве своем после выписки из стационара пациенты не придерживаются назначений врача: из 48 опрошенных лишь треть комплаентны. Мужчины более привержены к терапии (45,5%). Лица старше 70 лет оказались наименее комплаентными, что можно объяснить когнитивными нарушениями у лиц старшего возраста. Среди больных с различными

сопутствующими заболеваниями пациенты с метаболическими нарушениями наименее привержены терапии.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости повышения уровня осведомленности пациентов относительно важности приверженности медикаментозной терапии путем проведения соответствующих бесед с ними и с их семьями. Результаты исследования могут помочь врачам в формировании «групп риска» пациентов, склонных нарушать назначения лечащего врача.

Список литературы:

1. Каграманова, С. Р. Современное представление о распространенности хронической сердечной недостаточности / С. Р. Каграманова, Е. Н. Чичерина // Дальневосточный медицинский журнал. – 2019. – № 3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennoe-predstavlenie-o-rasprostranennosti-hronicheskoy-serdechnoy-nedostatochnosti> (дата обращения: 16.03.2022).
2. Лукина, Ю.В. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками/ Ю.В. Лукина, С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко// Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2016. – Т. 12, № 1. – С. 63-65.
3. Наумова, Е.А. Современный взгляд на проблему приверженности пациентов к длительному лечению с сердечно-сосудистыми заболеваниями/ Е.А. Наумова, О.Н. Семенова// Кардиология: новости, мнения, обучение. – 2016. - № 2. – С. 30-39.
4. Оман, С. Определение и эпидемиология хронической сердечной недостаточности / С. Оман, А. С. Анкудинов, А. Н. Калягин // Сибирский медицинский журнал. – 2015. – № 3. – С. 33-37.
5. Российское кардиологическое общество (РКО). Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. – 2020. – Т. 25, № 11. – URL: <https://russjcardiol.elpub.ru/jour/article/viewFile/4083/3084>

ВИРТУАЛЬНЫЕ ОНЛАЙНОВЫЕ ЛАБОРАТОРИИ

Мадибрагимова И.М., Козлов А.П., Юлдашев Н.О.

Ферганский филиал ТУИТ имени Мухаммада аль-Хорезми, Узбекистан

Применение виртуальной реальности в медицине и биологии

Системы виртуальной реальности могут быть эффективно использованы и уже применяются в медицине. Восприятие врачом трехмерной информации о пациенте

(томография, трехмерные данные рентгеновских аппаратов, УЗИ и т.д.) позволяет значительно улучшить качество работы медиков. Интерактивные модели и реконструкция органов используются для обучения, проектирования хирургического вмешательства.

С помощью специализированного софта медики могут разрабатывать модели индивидуальных протезов на основе сканирования пациента.

Создание тренажеров-симуляторов на базе технологий виртуальной реальности позволяют существенно улучшить качество обучения врачей, сократить затраты на него и снизить количество врачебных ошибок.

Виртуальные анатомические атласы и тренажеры, планирование операций

На сегодняшний день существуют виртуальные анатомические атласы, такие, например, как в Национальной библиотеке медицины в США. Эти системы представляют различные органы среднестатистического человека. Компьютер может воссоздавать не только внешние, но и механические параметры органов.

Смысл идеи создания виртуального тренажера для врача очевиден: специалист должен наработать навыки, многократно повторяя операции, не нанося при этом вред реальным пациентам. При этом важно не только графическое изображение, но и тактильная обратная связь, позволяющая чувствовать механическое воздействие на ткани и органы.

Наглядным примером такого тренажера является разрабатываемый в Университете Аахена тренажер местной анестезии. В работе используются данные реального сканирования, моделируются механические параметры тканей и с помощью устройства тактильной обратной связи обучаемый может прощупать место укола, ощущать, что происходит при повороте иглы шприца и проверять точность попадания в нужный нерв.

Используя электромагнитные, пневматические и гидравлические системы, можно моделировать виртуальный скальпель или другой инструмент с помощью систем управления и трекинга (например, виртуальной перчатки, и системы, моделирующей тактильные ощущения).

Практиковаться на виртуальных трупах дешевле, чем на реальных, и более гуманно, чем на подопытных животных.

Многие сложные операции (например, пластическая хирургия) требуют тщательной отработки и предварительного моделирования действий врача. Медицинские симуляторы позволяют «проиграть» весь ход операции заранее, выявить сложные места, подготовиться к различным сценариям.

Малоинвазивные операции, например, эндоскопия в условиях моноскопии, когда отсутствует ощущение глубины обзора, а восприятие картины является инверсным

(правое меняется на левое, и наоборот), требуют проведения сотен опытов, прежде чем хирург сможет научиться выполнять операцию без ошибок. Никто из живых пациентов не хочет быть первым – другое дело пациенты виртуальные.

Лечение фобий, посттравматического стрессового расстройства, реабилитация

С помощью виртуальной реальности лечат PTSD (посттравматическое стрессовое расстройство), по данной технологии работают центры психологической помощи ветеранам, получившим так называемый “Афганский синдром”. Восстановлением пациентов после инсульта также занимаются центры лечения с помощью виртуальной реальности: пациент ловит виртуальные предметы и в игровой форме улучшает координацию.

Центры лечения фобий также используют в работе технологию виртуальной реальности, все вместе данные направления получили название Cyberpsychology

Виртуальная реальность для животных

В целях исследований поведенческих особенностей и снятия нейрофизиологических данных животных иногда погружают в виртуальную реальность. Например, мышь может передвигаться по виртуальному лабиринту, оставаясь фактически неподвижной. Для подобных систем требуется индивидуальная разработка, так как решение зависит от целей исследователя.

Данный метод осуществляется на программной платформе программной платформе Amira.

Обзор интерактивных веб-проектов для проведения научных экспериментов.

Визуализация – один из наиболее эффективных приемов обучения, помогающий гораздо проще и глубже разобраться в сущности различных явлений, недаром наглядные пособия использовались еще в глубокой древности. Особенно полезны визуализация и моделирование при изучении динамичных, изменяющихся во времени объектов и явлений, которые бывает сложно понять, глядя на простую статичную картинку в обычном учебнике. Лабораторные работы и учебные эксперименты не только полезны, но и весьма интересны – при соответствующей организации, конечно.

Сейчас на рынке представлен целый ряд программных пакетов, предназначенных для осуществления виртуальных учебных экспериментов. В данном обзоре будет рассмотрена относительно новая ипостась таких решений: виртуальные онлайн-лаборатории.

VirtuLab

Ресурс VirtuLab – крупнейший в современном Рунете сборник виртуальных опытов по различным учебным дисциплинам. Основная единица коллекции – виртуальный

эксперимент. С технической точки зрения, это интерактивный ролик, сделанный с помощью Adobe Flash. Некоторые лаборатории выполнены в трехмерной графике. Для работы с ними понадобится установить Adobe Shockwave Player с дополнением Havok Physics Scene. Найти это дополнение можно на сайте director-online.com. Распаковать полученный архив нужно в каталог Xtras вашего Adobe Shockwave Player, который находится в системном каталоге Windows.

Коллекция экспериментов VirtuLab достаточно обширна и разнообразна. Архив разделен на четыре основных блока: «Физика», «Химия», «Биология» и «Экология».

PhET

По своему содержанию данный ресурс, разработанный Университетом Колорадо, также является многоотраслевым. На его страницах представлены виртуальные лаборатории, демонстрирующие различные явления в области физики, химии, биологии, геологии, а также интерактивные математические инструменты. Всего в каталоге PhET находятся несколько сотен демонстраций.

Все эксперименты PhET интерактивны. Они содержат одно или несколько заданий, а также набор всех элементов, необходимых для их решения. Математический раздел может похвастаться весьма полезными инструментами построения графиков различных функций, арифметическими играми и другими любопытными приложениями. Физический раздел предлагает широкий выбор «лабораторий», демонстрирующих самые различные явления -- от простого движения до квантовых взаимодействий.

Wolfram Demonstrations Project

Весьма ценным источником онлайн-лабораторий является многоотраслевой ресурс Wolfram Demonstrations Project. Цель проекта – наглядная демонстрация концепций современной науки и техники. Wolfram претендует на роль единой платформы, позволяющей создать объединенный каталог онлайн-интерактивных лабораторий. Это, по мнению его разработчиков, позволит пользователям избежать проблем, связанных с применением разнородных обучающих ресурсов и платформ разработки.

Каталог проекта состоит из 11 основных разделов, относящихся к различным отраслям знания и человеческой деятельности. Здесь есть крупные физические, химические и математические разделы, а также посвященные технике, инженерному делу. Хорошо представлены биологические науки. Уровни сложности моделей, равно как и уровни изложения, самые разные. В каталоге имеются достаточно сложные демонстрации, ориентированные на высшую школу, немало лабораторий посвящено иллюстрации новейших научных достижений. Впрочем, текста в демонстрациях и лабораториях

немного, инструменты управления достаточно просты, а разобраться с ними легко и без подсказок.

IrYdium Chemistry Lab

Один из его наиболее интересных разделов – собственная виртуальная лаборатория под названием IrYdium Chemistry Lab. Ее устройство заметно отличается от всех рассмотренных выше проектов. Дело в том, что здесь не предлагаются какие-то определенные, конкретные опыты со своими заданиями. Вместо этого, пользователю предоставлена практически полная свобода действий.

Выполнена лаборатория в виде Java-апплета. Его, кстати, можно скачать и запускать на локальном компьютере – соответствующая ссылка на загрузку вынесена на главную страницу проекта.

Для работы с ними предлагаются хороший выбор различной лабораторной посуды, горелка, весы и другое оборудование. В результате пользователь получает в свое распоряжение неплохо оснащенную лабораторию, обладающую мало чем ограниченными возможностями экспериментирования.

Использованная литература:

1. Azizxodjaeva N.N. Pedagogik texnologiyalar va pedagogik mahorat - T.: TDPU, “Nizomiy”, 2003.
2. Sh. Shoyakubov, R. Ayupov. Interfaol ta’lim usullari. Toshkent, «Tafakkur-bo‘stoni» nashriyoti, 2012 yil.

Сайты:

Сайт: www.virtulab.net

Сайт: phet.colorado.edu

Сайт: demonstrations.wolfram.com

Сайт: www.chemcollective.org/vlab/vlab.php

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ КОВИДНОЙ ИНФЕКЦИИ

Мадрахимов А., Умурзаков З., Мемджанова А., Махмудов Н.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность.

Коронавирусная инфекция (COVID-19) — острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом SARS-CoV-2, — характеризуется активацией системы гемостаза, что в наиболее тяжелых случаях может приводить к развитию коагулопатии потребления.

Является ли COVID-19 непосредственной причиной коагулопатии или они возникают по мере прогрессирования инфекционного процесса до последнего момента остаётся не выясненным [2]. SARS-CoV-2 преимущественно нацелен на респираторный эпителий, где он попадает в клетки организма через рецептор ACE2 (ангиотензин превращающий фермент-2) [10].

При тяжелом течении COVID-19 имеют место два разных патологических механизма нарушения свертывающей системы крови, проявляющихся характерными клиническими симптомами. В легких и, возможно, в других органах происходит локальное поражение эндотелия сосудов, приводящее к ангиопатии, активации и агрегации тромбоцитов, формированию тромбов и сопутствующему потреблению тромбоцитов [1]. Повышение уровня фибриногена и активация коагуляции, прямое повреждающее воздействие вируса на эндотелий, а также усиление взаимодействия тромбоцита с эндотелием сосуда играют важную роль в развитии тромботических осложнений. Системная гиперкоагуляция и гиперфибриногенемия увеличивают вероятность тромбоза крупных сосудов и тромбоэмболических осложнений. [7].

Частота бессимптомных и клинически выраженных тромботических/тромбоэмболических осложнений (ТЭО) при COVID-19, трудность диагностики (проблемы инструментального обследования больных, лежащих на животе, стремление ограничить вовлечение дополнительного оборудования и персонала) не позволяют выяснить эти причины. Высока частота венозных и артериальных тромбозов у тяжелых больных COVID-19. Так, у больных пневмонией при COVID-19, находившихся в блоках интенсивной терапии в Дании, 13% из которых умерли, симптомный тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА), ишемический инсульт, инфаркт миокарда или артериальная тромбоэмболия отмечены в 31% случаев [4]. При этом превалировали объективно подтвержденные венозные ТЭО (27%, у большинства — ТЭЛА), при 3,7% артериальных тромбозов. По данным одноцентрового ретроспективного исследования в Китае у больных с тяжелой пневмонией при COVID-19 в блоке интенсивной терапии, частота тромбоза вен нижних конечностей составляла 25% [5].

Ключевым признаком инфекции SARS-CoV-2 является коагулопатия –повышенная готовность к тромбозу, подтверждаемая клинико-лабораторными признаками гиперкоагуляции, активации различных факторов свертывания, повышением уровня D-димера, снижением фибринолиза [8]. В исследовании, было выявлено увеличение содержания D-димера в 46,4% случаев, из них 40% пациентов страдали легкой и среднетяжелой COVID-19, а 60% больных в тяжелом состоянии находились в ОИТ [9].

Еще в одном исследовании высокий уровень D-димера был связан с неблагоприятным прогнозом болезни [3].

Существует несколько факторов ускоряющих коагуляцию и формирование тромбоза: SARS-CoV-2-индуцированный цитокиновый шторм; фибринолитическая система подавляется за счет уменьшения активности активатора плазминогена урокиназного типа и повышения высвобождения ингибитора активатора плазминогена-1; в свою очередь тромбоциты активируются провоспалительными цитокинами, поврежденный эндотелий связываясь с тромбоцитами дополнительно ускоряет тромботическую реакцию [7].

COVID-19 в результате активации макрофагов и нейтрофилов, апоптоза лимфоцитов вызывает острое повреждение легких. Увеличению проницаемости капилляров вследствие повреждение эндотелия сосудов путем активации системы комплемента приводит к образованию воспалительных тромбов. В результате активации фибринолитической системы в циркуляторное русло поступают фрагменты деградации фибрина (D-димеры) [8].

Цель исследования. Изучения показателей системы гемостаза при гиперкоагуляционном синдроме у больных постковидной пневмонией находившихся в блоках интенсивной терапии

Материал и методы. В период пандемии COVID-19 на лечении в провизорных отделениях ФФРНЦЭМ находились пациенты с постковидной пневманией.

Методы исследования тромбоцитарного гемостаза: подсчёт количества тромбоцитов в жидкой части крови, определение качества тромбоцитов и подсчёт в мазке крови методом Фонио.

Методы исследования коагуляционного гемостаза: определение активированного частичного (парциального) тромбопластинового времени (АЧТВ или АПТВ, сек), протромбиновое время (ПТВ, сек), протромбиновый индекс (ПТИ, %) по Quick (1935), стандартизированным по международному индексу чувствительности (МИЧ 1.1), концентрация фибриногена в плазме (г/л) по Rutberg на полуавтоматическом коагулометре и определения количество Д-димера (нг/мл) методом ИФА.

Результаты и обсуждения исследований. Проведен ретроспективный анализ историй болезней больных в период пандемии COVID-19. От общего числа больных мужчины 956 (52.2%), женщины 873 (47.8%). С наибольшей частотой заболеваемость ковидной пневмонией отмечалась в 50-69 летнем (24.6%) и 60-69 летнем (26.2%) возрасте.

Всем больными выполняли стандартные коагулологические и клинические лабораторные тесты: количественная оценка форменных элементов крови, подсчёт

тромбоцитов и эритроцитов, АЧТВ/АПТВ, протромбиновое время (ПВ) и протромбиновый индекс (ПТИ,) международное нормализованное отношение (МНО), концентрация фибриногена (г/л) в плазме и определения количества Д-димера (нг/мл).

Плазменная концентрация D-димера. В период пандемии в провизорных отделениях проведено всего 1774 анализа, из них наиболее низкие концентрации 10,3 нг/мл, максимально высокие концентрации 5728,7 нг/мл, средняя концентрация колебалась в пределах 408 – 2940 нг/мл.

По данным исследования плазменная концентрация D-димера превышала 810 нг/л у 1142 (64,4%) из 1774 человек.

Активированное частичное тромбопластиновое время. Показатели АЧТВ при COVID-19 значимо не различались у пациентов, переведенных в отделение интенсивной терапии 25,4 сек (21,5–31,9) и тех, кому не понадобилась интенсивная терапия 27,7 сек (24,8–34,1), у выживших 39,9 (35,9–43,4) сек и умерших пациентов с COVID-19 43,9 (39,2–50,8) сек.

Протромбиновое время. Всего в провизорных отделениях в период пандемии проведено 2738 анализов, из них низкие показатели 9 сек., высокие 31 сек., средние колебания 13-19 сек. При COVID-19 увеличение показателя протромбинового времени отмечалось у пациентов нуждавшихся в интенсивной терапии 13,2 (13,2–14,4) сек; те, кому она не понадобилась 14,9 (14,0–16,8) сек, $p=0,01$; а также у умерших 11,7 (11,4–13,9) сек по сравнению с выжившими 14,6 (14,0–15,3) сек, $p<0,001$.

Плазменная концентрация фибриногена. За время пандемии в провизорных отделениях произведено 2768 анализов, из них отмечались минимально низкие концентрации 0,8 г/л, высокие концентрации не выше 10,6 г/л, средние концентрации фибриногена плазмы колебались в пределах 4,7 г/л (3,8–5,3 г/л).

В целом значимо концентрация фибриногена у выживших и умерших пациентов не различалась.

Выводы.

1. Инфекция SARS-CoV-2/COVID-19 часто вызывает гиперкоагуляцию с воспалением, сопровождается повышением уровня факторов свертывания крови и нарушением нормального гомеостаза клеток эндотелия сосудов. С прогностической целью у всех пациентов с инфекцией COVID-19 рекомендуется измерять простые лабораторные маркеры: D-димер, ПТВ, тромбоциты и фибриноген. Уровень маркеров может помочь при выявлении пациентов, требующих своевременной госпитализации в ОРИТ с тщательным мониторингом лабораторных показателей.

2. Концентрацию D-димера желательно определять у всех больных COVID-19. Следует отметить, что значимым считается повышение уровня D-димера в 3–4 раза. В настоящее время доказана связь повышенного уровня D-димера с высокой смертностью у пациентов с COVID-19. Таким образом, D-димер является маркером тяжести заболевания и худшего прогноза.

3. COVID-19-ассоциированная коагулопатия проявляется в виде повышения уровня фибриногена, протромбиновое время ПТВ и D-димера, небольших изменений АЧТВ и уровня тромбоцитов на ранней стадии инфекции.

4. госпитализированных Пациенты с COVID-19 нуждаются в проведении полного 3-месячного курса антикоагулянтной терапии с целью профилактики венозных тромбозов и ТЭЛА.

Список литературы:

1. Amgalan A, Othman M. Exploring possible mechanisms for COVID-19 induced thrombocytopenia: unanswered questions. Journal of Thrombosis and Haemostasis 2020 Jun.

2. Bikdeli B, Madhavan MV, Jimenez D, et al. COVID-19 and Thrombotic or Thromboembolic Disease: Implications for Prevention, Antithrombotic Therapy, and Follow-up. JACC. 2020.

3. Campbell CM, Kahwash R. Will complement inhibition be the new target in treating COVID-19 related systemic thrombosis? Circulation 2020 Jun.

4. Dolhnikoff M, Duarte-Neto AN, Monteiro RAA, et al. Pathological evidence of pulmonary thrombotic phenomena in severe COVID-19. J Thromb Haemost. 2020.

5. Hanley B, Lucas SB, Youd E, Swift B, Osborn M. Autopsy in suspected COVID-19 cases. Journal of Clinical Pathology 2020 May.

6. Ji HL, Zhao R, Matalon S, Matthay MA. Elevated plasmin(ogen) as a common risk factor for COVID-19 susceptibility. Physiological Reviews 2020 Jul.

7. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. Journal of Thrombosis and Haemostasis 2020 Apr.

8. Воробьев А.И., Городецкий В.М., Васильев С.А. Гиперкоагуляционный синдром: патогенез, диагностика, лечение. Терапевтический архив. 2002; 7: 73–6.

9. Воробьев А.И., Городецкий В.М., Шулутко Е.М., Васильев С.А. Острая массивная кровопотеря. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2001.

10. Камышников В.С., Волотовская О.А., Ходюкова А.Б., и др. - Методы клинических лабораторных исследований / под ред. проф. В.С.Камышников ва. – 4-е изд. – М. : МЕ Д пресс информ, 2011. – 752 с.

ПАРАДИГМЫ СОВРЕМЕННОСТИ В КАРДИОЛОГИИ И ОНКОЛОГИИ: КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ

Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Одним из основных средств лечения в онкологии является химиотерапия. Но применение данного метода наряду с положительным действием сопряжено с негативным влиянием на различные органы и системы органов. К числу таких побочных эффектов противоопухолевых лекарственных средств относится кардиоваскулярная токсичность.

Цель – обзор и систематизация имеющихся данных о кардиотоксичности противоопухолевых препаратов группы антиметаболитов.

Материалы и методы. Рандомизированные клинические исследования (РКИ) позволяют минимизировать систематические ошибки при проверке эффективности и безопасности терапевтических препаратов путем случайного распределения пациентов по группам. В настоящее время актуальны следующие диагностические методики подтверждения клинических подозрений в кардиотоксичности: эхокардиография, радионуклидная диагностика, магнитно-резонансная томография, выявление сердечных биомаркеров. Исследование «Исход пациентов с HER2-положительным РМЖ, получавших и не получавших адъювант трастузумаб, в Финском испытании капецитабина (FinXX)» выявило следующие данные по поводу кардиотоксичности препарата: у 4 (2,3%) из 176 пациентов, пролеченных с трастузумабом, диагностированы сердечная недостаточность или дисфункция левого желудочка (ЛЖ). Всего 3 из 4 пациентов получали трастузумаб в течение 12 месяцев и 1 – в течение 9 недель, всем пациентам назначен прием капецитабина. Ни у одного из них не диагностирован инфаркт миокарда во время наблюдения. 2015 г. В исследовании M. Lund и соавт. (Швеция) принимали участие 40 пациентов с раком пищевода и гастроэзофагеального перехода. Пациенты рандомизированы на 2 группы: 1-я проходила лечение цисплатином и 5-ФУ в комбинации с лучевой терапией (17 человек), пациенты 2-й группы получали только химиопрепараты (23 человека). Функцию ЛЖ оценивали с помощью эхокардиографии и плазменного натрийуретического пептида до и после неoadъювантного лечения. Первичным показателем исхода было глобальное напряжение ЛЖ. Клинические эффекты оценивали с помощью повторных физических тестов. Для анализа эффектов лечения использовались

линейные смешанные модели и показатели взаимодействия между группами. В 1-й группе не наблюдалось глобальной деформации ЛЖ, однако систолическая экскурсия кольца митрального клапана, соотношение скоростей раннего и позднего наполнения желудочков значительно снизились. Во 2-й группе никаких изменений не наблюдалось. Плазменный натрийуретический пептид повышался после химиолучевой терапии, но не после химиотерапии, и наблюдалась тенденция к эффекту взаимодействия. Работоспособность сердца снижалась после неоадьювантного лечения и была более выражена после химиолучевой терапии с тенденцией к эффекту взаимодействия. 2017 г. Окончательный анализ 11-летнего наблюдения за приемом трастузумаба после адьювантной химиотерапии при HER2-положительном РМЖ на ранней стадии. Основными критериями оценки кардиотоксичности являлись сердечная недостаточность III–IV функционального класса по NYHA, подтвержденная кардиологом, сопровождающаяся клинически значимым снижением фракции выброса ЛЖ хотя бы на 10% исходного уровня или летальным исходом. В роли второстепенных критериев оценки кардиотоксичности выступали сердечная недостаточность I–II функционального класса, сопровождающаяся клинически значимым снижением фракции выброса ЛЖ хотя бы на 10% от исходного. Результаты анализа основных критериев кардиотоксичности у больных HER2-позитивным РМЖ, получавших трастузумаб: – 1% (у 18 из 1702 больных) в группе 1-годовалого адьювантного трастузумаба; – 1% (у 17 из 1700 больных) в группе 2-годовалого адьювантного трастузумаба. Результаты анализа второстепенных критериев кардиотоксичности у больных HER2-позитивным РМЖ, получавших трастузумаб: – 4,4% (у 75 из 1702 больных) в группе 1-годовалого адьювантного трастузумаба; – 7,3% (у 124 из 1700 больных) в группе 2-годовалого адьювантного трастузумаба. Таким образом, анализ исследования HERA (HERceptin Adjuvant) с медианой наблюдения 11 лет показал, что дополнительный год адьювантной терапии трастузумабом не дает преимуществ и ассоциируется с увеличением кардиотоксичности. TRYPHAENA и ряд других исследований выявили, что пертузумаб, комбинации оксалиплатина, лейковорина и 5-ФУ не увеличивают частоту сердечной дисфункции, наблюдаемую при комбинациях трастузумаба и стандартной химиотерапии. Эти наблюдения подтверждаются метаанализом пациентов, получавших пертузумаб и трастузумаб. Рандомизированное плацебо-контролируемое исследование III фазы, проведенное среди пациентов с HER2-положительным метастатическим РМЖ (раком молочной железы) при химиотерапии 1-й линии, доказало, что пертузумаб не вызывает сердечных заболеваний и не влияет на параметры сердечной функции.

Результаты. Проанализированные РКИ последних лет указывают на низкий уровень кардиотоксичности антиметаболитов в противоопухолевой терапии либо же отсутствие этого эффекта как такового. В литературе описываются случаи повреждений и нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, ассоциированных с приемом метотрексата, 5-ФУ, трастузумаба и других антиметаболитов, что не позволяет отнести изучаемую группу препаратов к числу противоопухолевых средств, безопасных в отношении кардиоваскулярной системы. Механизмы, с помощью которых антиметаболиты способны вызывать ишемию миокарда и другие осложнения, многовариантны и включают в себя прямой вазоспастический ответ на повреждение эндотелия, артериальный тромбоз, окислительный стресс, отдаленные изменения метаболизма жиров с последующим преждевременным развитием атеросклероза, апоптоз кардиомиоцитов и др. (Обзор CardioСоматика. 2021; 12 (3): 177–182. CardioSomatics. 2021; 12 (3): 177–182. 181 <https://doi.org/10.26442/22217185.2021.3.201098>). Кардиотоксичность, ассоциированная с применением препаратов группы антиметаболитов, пока не имеет широкой направленной терапии с доказанной эффективностью. Имеются доказательства пользы применения БКК и нитратов для купирования спазма сосудов на фоне лечения фторпиримидинами.

Выводы.

Кардиоваскулярные патологии, вызванные приемом антагонистов пиримидина и ФК, имеют в основном ишемическое происхождение и обычно возникают в связи с коронарным спазмом. При их использовании необходимо прогнозировать и проводить профилактику коронарных спазмов среди пациентов, находящихся в группе высокого риска, с целью предотвращения негативных последствий лекарственных средств, угрожающих жизни пациента. К группе высокого риска относятся онкобольные с имеющейся в анамнезе ИБС. Большое значение имеет выявление таких больных уже на этапе подготовки к проведению химиолучевой терапии. С профилактической целью используются антиангинальные препараты (нитраты и антагонисты кальция). Углубление понимания патогенеза кардиотоксичности препаратов, проведение контрольных исследований и мультидисциплинарный подход в виде тесного сотрудничества.

ГЕРОНТОЛОГИЯДА ГИПЕРТЕНЗИВ КРИЗЛАРНИ КЛИНИК

КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ

Мамажонов Б.С., Пулатов Ф.М., Махмудов Н.И.

РШТЁИМ Фарғона филиали, Узбекистан

Изоляцияланган систолик артериал гипертензия (ИСАГ) бутун жаҳон соғикни саклаш ташкилоти таснифи асосида (1999 й) эссенциал артериал гипертензия сифатида характерланиб. систолик артериал босим (САБ) > 140 мм сим.уст. диастолик босим (ДАБ) <90 мм сим.ус. тенг деб қабул қилинган .

Шунга асосан, бизнинг текширишимизда кекса ва қари ёшдаги беморларда юрак қон томир системаси касалликлари асоратларининг учраш даражаси, жинси, ёши аниқланди.

Филиал реабилитация бўлимига мурожаат қилган 40 та АГ билан оғриган 60 ёш ва ундан катта ёшдаги беморлар текширилди. Уларнинг ичида 27 (78,3%) беморларда АГ I-III да-ажалари ва 13 (21,6%)та беморларда ИСАГ касаллиги аниқланди.

Шундан эркаклар 18 та аёллар 12 та. Хавф солувчи кўрсаткичларни аниқлаш мақсадида АГ даражаси, тинч ҳолатда ЭКГ ортостатик синамалар ҳамда гипертрофия даражасини аниқлаш мақсадида ЭХо КГ тандарт бўйича ўтказилди. Текширишлар натижаси шуни кўрсатдики, гипертензив криз «Юқори» ва «Жуда юқори» хавф солувчи категорияларга киритиладиган , яъни беморларда 3 та ва ундан кўпроқ хавф солувчи омиллар билан бирга кузатилганда. беморларда қандли диабет, бош мия қон айланиши ўткир бузилишлари, юрак қон томир системаси етишмовчилиги ҳолатлари кузатилган. Гипертензив кризнинг юқори ҳавф солувчи гуруҳи 60-66 ёшлар ўртасида 12 та ва 70-82 ёшлар ўртасида эса 8 (20%)та ни ташкил қилди.

Шундай қилиб, гипертензив криз, геронтологияда юрак қон томир системаси ва бошқа ассоциацияланган клиник ҳолатлар билан бирга келади. Шу сабабли, систолик артериал босим юқори бўлганда нафақат шу касаликка қарши курашиш, балки адекват равишда ҳамроҳ клиник ҳолатларга қарши ҳам даво чоралари олиб борилиши лозим.

БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ТУҒМА НОГИРОНЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

Маматқулова М.Т.

ФЖСТИ, Ўзбекистон

Мавзуни мақсади. Мамалакатимизда оилаларни мустаҳкамлаш, ҳар томонлама соғлом авлодларни дунёга келтиришга катта эътибор қаратилмоқда. Хомиладорлик бу бир мўжиза, мана шу хомиладорликни асоратсиз кечиши нафақат хомиладор аёлга балки унинг турмуш ўртоғига, ота-онасига, қайнота-қайнонасига катта маъсулият юклайди. Соғлом фарзандни дунёга келтириш учун аввалом бор келин ҳам куёв ҳам вояга етган,

оила маъсулияти ва мажбуриятини пухта англаб етган бўлиши керак. Хозирги кунда аҳоли ўртасида никоҳ ёшининг ёшариб бораётганлиги, ёш келинни туғишга ҳам жисмонан ҳам рухан тайёр эмаслиги, қариндошлик никоҳлари баъзи бир ёшларимизни никоҳгача тиббий кўриқдан ўтмаганликлари, камқонлик, экологик омиллар таъсирида, шунингдек, ичкиликбозлик, тамаки чекиш, наркотик моддаларни қабул қилиш каби зарарли одатлар оқибатида, баъзи бир жинсий йўл билан юқадиган ва хомилани нуқсонли туғилишига бевосита таъсир қиладиган юқумли касалликлар ва бошқа сабаблар туфайли баъзи бир оилаларда туғма мажрух болалар дунёга келмоқда. Болалар ўртасида туғма ногиронликни олдини олиш бу бутун жамиятнинг олдидаги долзарб вазифалардан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг аҳолининг репродуктив саломатлигини, она ва бола соғлиғини муҳофаза қилиш соҳасидаги хизматлар сифатини янада яхшилашни ҳамда оналар ва болалар орасида касалланиш ва ўлим даражасини камайтиришни таъминлаш бўйича чора-тадбирларни назарда тутиб, асосий мақсадимизни белгиладик.

Мавзунинг долзарблиги. Ёшлар ўртасида ўтказилган тиббий тарғибот ишларини кенг кўламда олиб бориш орқали оила қуриш ёшига етган ёшлар онгига оила муқаддаслигини сингдириш ва ногирон фарзандлар туғилишини олдини олиш.

Текшириш усуллари. Саволнома. Саволномамиз Ўзбек оилаларида психологик муҳит 50 та саволнома, Эрта турмуш 50та саволнома, 50та саволнома Қариндошлик никоҳлари оқибатида келиб чиқадиган турли хил ногиронлик тўғрисида . Педагогика коллежи 2-курс 90 нафар талаба қизлари. Оила қуриш учун энг мақбул ёш сўроғига 90 нафар қизлардан 55 нафари оила қуриш ёши 22 ёш, 24 нафари 18 ёш, 11 нафари билмаслигини ёзишган. Қариндошлик никоҳларига муносабатлари борасида эса 23 нафар қиз қариндошлик никоҳларига ижобий қарашларини, 67 нафар қиз эса салбий фикрда эканлигини айтдилар. Жинсий йўл билан юқувчи касаликлар ва уларнинг хомилага ўтиши ва тиббий кўрикни ахамияти тўғрисидаги саволга эса 100% нотўғри жавоб олинди Саволномани таҳлил қилиш жараёнида биз ёшларнинг қариндошлик никоҳларининг оқибатлари, оила қуришда никоҳгача тиббий кўрикнинг ахамияти ҳақидаги тушунчаларини саёзлигини гувоҳи бўлдик. Ёшлардаги ўзбекона ибо-ҳаё, тортинчоқлик, андиша каби фазилатлар ҳамда ота-оналарнинг бу борадаги масалаларда фарзандлари билан ўртоқлашмасликлари, аҳолининг кўпчилик қатлами тиббиётга материаллар билан кам танишлиги бунга сабаб бўлмоқда.

Далилларга асосланган тиббиёт хулосалари бўйича оила қуриш учун энг қулай давр қизлар учун 20-22 ёш, йигитлар учун 23-25 ёш ва уларни ёшлари орасидаги фарқ 3-6 ёшгача бўлгани маъқул. Аввало йигит ва қизларимиз турмуш қуришдан олдин тиббий кўриқдан ўтишлари лозим. Улар ўзлари яшайдиган поликлиникалар, тиббий марказлардан

маслаҳат олишлари ва бўлажак зурриётларини саломатлиги ҳақида қайғуришлари керак. Бу ирсий касалликларни олдини олишда муҳим аҳамиятга эга. Ирсий касалликларни келтириб чиқарувчи омилларга яқин қариндош- уруғлар ўртасидаги никоҳлар киради. Бундай оилаларда кўпинча ақлий ва жисмоний нуқсонларга эга бўлган болалар туғилиши мумкин. Шунингдек, спиртли ичимликларни истеъмол қиладиган, тамаки чекувчи ва гиёҳвандликка ружу қўйган оилаларда туғма нуқсонли ва ақли заиф фарзандлар дунёга келиши мумкин.

Хулоса. Бу борада биринчи навбатда аҳолининг кенг қатламларини тиббий кўрик билан қамраб олиш, репродуктив саломатликни яхшилаш ва соғлом оилани шакллантириш зарур. Оналаримизни соғлиқларини мустаҳкамлаш учун тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш, аҳоли, айниқса, фертиль ёшидаги аёллар ўртасида хомиладорликни кечиши, юзага келиши мумкин бўлган ирсий ва туғма касалликларни сонини камайтириш учун хомиладор аёлларни скрининг текширувларидан ўтказиш, исталмаган хомиладорликни олдини олиш усуллари, қариндошлик никоҳлари, эрта никоҳларни олдини олиш, камқонлик, қалқонсимон без касалликлари, болалар ва ўсмирларни соғломлаштириш, уларнинг касалликларига эрта ташхис қўйиш, йод тақчиллиги ҳолатини барвақт аниқлаш, хомиладор аёллар ва болалар орасида йод етишмовчилиги келтириб чиқарадиган касалликлар даражасини пасайтириш ва уларни соғломлаштириш борасида амалий ва тарғибот ишларини олиб бориш даркор. Бизнинг ҳудудимизда аёллар ўртасида учрайдиган соматик касалликлар ичида қуйдаги касалликларнинг улуши нисбатан юқори яъни, қалқонсимон без касалликлар, камқонлик ва гинекологик касалликлар, буйракларни яллиғланиш касалликлари, болалар орасида гижжа касалликлари. Камқонлик асосан туғиш ёшидаги аёллар ва хомиладорларда учрайди. Камқонлик туфайли кўпинча аёлларда ўлимга олиб келувчи қон кетишлар, кечки токсикозлар салмоқли ўринни эгаллайди, аксарият хомилани вақтидан олдин, чақолоқнинг эритропоез фаолиятини сусайиши билан туғилиши ҳамда қатор ҳолларда ақлан ва жисмонан заиф бола дунёга келиши кузатилади ва бу борада қуйидагиларни амалга оширишимиз керак:

1. Вояга етган ёшлар орасида, яъни коллеж, академик лицей ва умум ўрта таълим мактабларида болалар ўртасидаги ногиронликни олдини олиш учун тарғибот ишларини кенг кўламда олиб бориш.
2. Қариндошлик никоҳларидан келиб чиқадиган салбий оқибатларни ёшлар онгига сингдириш.
3. Никоҳгача тиббий кўрик ва хомиладорлик давридаги тиббий кўриқнинг соғлом фарзанд кўришдаги аҳамиятини тушунтириш.

4. Бундай масалаларда ота-оналарнинг фарзандлари билан ўртоқлашишларини йўлга қўйиш.

5. Шларимизни тиббий журнал ва газеталарни мунтазам ўқиб боришлари орқоли кўпгина масалаларга жавоб топишларига йўл кўрсатиш.

6. Ёшлар орқали қариндошлик никоҳларининг салбий оқибатларини ота-оналарга тушунтириш.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Махмудов Н.И., Каттаханова Р.Ю., Нишанов У.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Отек легких - это острое состояние, в основе которого лежит патологическое накопление вне сосудистой жидкости в легочной ткани и альвеолах, приводящее к снижению функциональных способностей легких.

По клинике можно выделить основные нозологические формы, приводящие наиболее часто к развитию отека легких:

1. Инфаркт миокарда и кардиосклероз.
2. Артериальная гипертензия различного генеза.
3. Пороки сердца (чаще митральный и аортальный стеноз).

В комплексе терапевтических мероприятий при острой левожелудочковой недостаточности на догоспитальном этапе ведущее место традиционно занимает медикаментозная терапия.

В условиях догоспитальной этапа оказания экстренной помощи при отеке легких нужно решать следующие задачи:

1. Уменьшение гипертензии в малом круге кровообращения путем: снижения венозного возврата к сердцу; уменьшения объема циркулирующей крови (ОЦК); дегидратации легких; нормализации АД; обезболивания.
2. Повышение сократимости миокарда левого желудочка
3. Вспомогательные мероприятия.

Цель исследования – основные принципы оказания неотложной помощи в условиях скорой помощи у больных с отёком легких на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования. При обслуживании во время вызовов нами обследовано 85 больных (из них 38 женщин и 47 мужчин) в возрасте 60-75 лет с отёком

легких различной этиологии. Основными принципами купирования приступа отёка легких проведено по следующим последовательностям:

- Особое место занимает применение морфина гидрохлорида внутривенно по 2 мг, при необходимости - повторно через 10-25 минут.

- С целью уменьшения застоя в легких и оказания мощного венодилатирующего эффекта, внутривенно назначают фуросемид в начальной дозе 40-60 мг, при необходимости дозу увеличивают до 200 мг. Эффект наступило через 7-10 минут. Диурез наступает через 15-30 минут и продолжается около 2 часов.

- Назначение периферических вазодилататоров (нитроглицерина или аэрозоль нитроминта) способствует ограничению притока к сердцу, снижению общего периферического сосудистого сопротивления, увеличивает насосную функцию сердца. Применять его нужно осторожно. Первоначальная доза 0,5 мг под язык .

- Сердечные гликозиды рекомендуются при выраженной тахикардии, мерцательной тахикардии. Применяют строфантин в дозе 0,5-0,75 мл 0,05% раствора, дигоксин в дозе 0,5-0,75 мл 0,025% раствора внутривенно медленно на изотоническом растворе NaCl или 5% растворе глюкозы. Через 1 час введение можно повторить до полного эффекта. Гликозиды нельзя вводить при стенозе атриовентрикулярного отверстия, при остром инфаркте миокарда и на фоне высоких цифр АД.

Результаты показали, что положительный эффект наблюдался у 75% больных. После купирования приступа отека легких, учитывая общую состояния, анамнестических данных, этиологии, последовательности, течение, клинику заболевания 10-15% больных было госпитализировано в стационар.

Таким образом, можно сделать вывод, что последовательное использование наркотических анальгетиков, нитратов, мочегонных препаратов и сердечных гликозидов при приступах отёка лёгких разной этиологии даёт положительной эффект.

ИНФОРМАЦИОННО-КОМПЬЮТЕРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ В ФФРНЦЭМП

Махмудов Н.И., Маманабиев Ю.Т., Каттаханова Р.Ю.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Служба крови представлена сетью специальных учреждений (институты, центры, станции переливания крови) и подразделений (отделения, кабинеты переливания крови лечебных учреждений), которые являются составной частью здравоохранения и предназначены для заготовки, переработки, хранения, транспортировки и применения крови, ее компонентов и препаратов .

В настоящее время организация работа службы переливания крови медицинских учреждений осуществляется на основании правил и регламента, утвержденных постановлением №42 «Об обеспечении безопасности донорской крови и её компонентов в Республике Узбекистан» Минздрава Республики Узбекистана. В то же время, в условиях экстренной медицинской помощи, когда временной фактор имеет решающее значение для жизни пациента, выполнение требований и регламентов при подборе препаратов крови традиционными методами становится затруднительным. Современные достижения компьютерной техники и информационных технологий позволяют важные процессы подбора, анализа препаратов крови и принятие решений автоматизировать и повышать их достоверность, эффективность и оперативность. [1,3,4].

Первые компьютерные приложения в службе крови разрабатывались для автоматизации деятельности службы. Они осуществляли информационную поддержку приема доноров, заготовки и переработки крови, выдачи продукции в лечебные учреждения.

С развитием компьютерных технологий и службы крови на первый план выходят новые задачи. Они связаны с тем, что в качестве объекта компьютеризации выступает уже не отдельный субъект, а целые районы и города и их лечебные учреждения. Субъекты службы крови хотят иметь возможности оперативного информационного обмена, доступа к единым информационным базам, взаимодействия с другими организациями. Реализуются эти возможности с помощью современных технологий глобальных сетей. Однако компьютерная сеть начнет давать отдачу только тогда, когда в ней будут функционировать серьезные прикладные задачи [5,6].

Для службы крови это, прежде всего единая база данных доноров, единая система обеспечения лечебных учреждений продуктами крови, единая база данных реципиентов, система обмена данными, в частности, результатами тестирования крови по различным параметрам. При реализации этих задач можно говорить о качественно новом уровне компьютеризации, который связывают с названием "единое информационное пространство".

Цель и задачи исследования. Задача создания единого информационного пространства в службе крови.

Однако для её реализации должны были возникнуть некоторые предпосылки:

- определенный уровень компьютеризации отдельных субъектов службы крови
- коммуникационная инфраструктура
- прикладные стандарты информационного обмена
- желание всех участников работать совместно
- и конечно математическое обеспечение реализации выбранного алгоритма

взаимодействия.

В последние годы наблюдается серьезный прогресс во всех этих направлениях, что позволило начать практические работы по созданию единого информационного пространства поэтапно, а именно: первоначально в масштабе одной ЛПУ, далее в масштабе района или города, области, региона и республики в целом.

В данной работе сделана попытка создания информационного пространства первого уровня с использованием базы данных более высоких уровней и разработки прикладных программ по автоматизации реализации алгоритма действия сотрудников отдела переливания крови.

Предпосылками разработки информационной системы в нашем случае явилось наличие информационно-коммуникационной системы «EXTERNET» и локальная сеть в ФФРНЦЭМП с 48 пользовательскими станциями, куда также входит отдел переливания крови (ОПК). В составе ОПК имеются следующие подразделения: заготовки крови, центр переработки крови и централизованная лаборатория (проводящую биохимические, клинические, иммунологические исследования, иммуноферментный анализ при тестировании образцов крови на инфекцию).

Кроме того, в городе Фергане имеются самостоятельные учреждения службы крови (ОСПК №1), которая непосредственно связана с другими медицинскими учреждениями: специализированными центрами и диспансерами, ЦГСЭН, лечебными учреждениями, органами управления здравоохранением, а также страховыми компаниями, банками и т.д.

Отметим, что взаимодействие работы отдела переливания крови с клиническими отделениями стационара ФФРНЦЭМП осуществляется с помощью информационной системы "EXTERNET", которая обеспечивает информационную поддержку всех технологических процессов, начиная с приема заказов на препарат, доноров и заканчивая выдачей продукции в лечебные отделения и ее использованием.

К настоящему моменту в единой информационной среде ФФРНЦЭМП работают следующие приложения:

Единая картотека лиц, отведенных от донорства

В ФФРНЦЭМП создана единая БД лиц, не допущенных к донорству (позволяет отсекал небезопасный контингент еще до сдачи крови). Эта БД тиражируется во все подразделения ежедневно, так что во всех отделах, где работают с донорами, имеется текущее состояние базы. БД пополняется как результатами об инфицированных донорах – так и из информации централизованной лаборатории.

Единая система обеспечения лечебной сети продуктами крови

Единая система обеспечения лечебных подразделений продуктами крови позволяет принимать заявки на поставку продукции в любом ОЗК и осуществлять поиск продукции в отделе переливания крови, используя при этом ресурсы всей службы крови. Это достигается использованием единой БД готовой продукции, санкционированный доступ к которой осуществляется из любой точки по сети. Таким образом, повышается качество и скорость обслуживания потребителя, повышается эффективность использования супердефицитных ресурсов донорской крови.

Интеграция с другими ЛПУ

Развивается и интеграция службы крови со специализированными лечебными учреждениями. Ключевыми моментами интеграции являются единая База Данных реципиентов с информацией о людях, которым когда-либо переливали кровь и программный комплекс (АРМ трансфузиолога), устанавливаемый в отделениях там, где переливают кровь. АРМ трансфузиолога позволяет отслеживать все процессы переливания крови и взаимодействовать с общей БД реципиентов.

Лабораторная служба

Лаборатории, выполняющие анализы, используя специальное программное обеспечение (часть системы "EXTERNET"), могут вводить результаты в компьютерную систему и рассылать по сети "заказчикам". Отделения больницы получают стандартный интерфейс для обмена данными об анализах. Ведутся работы по интеграции лабораторного комплекса и истории болезни пациента.

Разработано математическое обеспечение и создана прикладная компьютерная программа для реализации описанной технологии приёма, поиска, анализа и исполнения заказа.

Блок схема описанного алгоритма представлена на следующем рисунке, где:

КП 1 – программный регистр заказа на препарат и установление его достоверности, а также характеристика реципиента

КП 2 – программа по генерации данных о регламентах и режимах переливания препаратов

КП 3 – программа по поиску необходимого препарата из собственного банка

КП 4 – программа по составлению учета, отчёта и анализа деятельности отдела переливания крови

БД 1 – база данных о «бывших пациентах»

БД 2 – база данных о «носителях инфекции»

БД 3 – база данных утвержденные регламенты, правила и режимы переливания крови

БД 4 – база данных о «донорах»

БД 5 – база данных «банк крови и её препараты»

БД 4 – база данных «учет работы отдела»

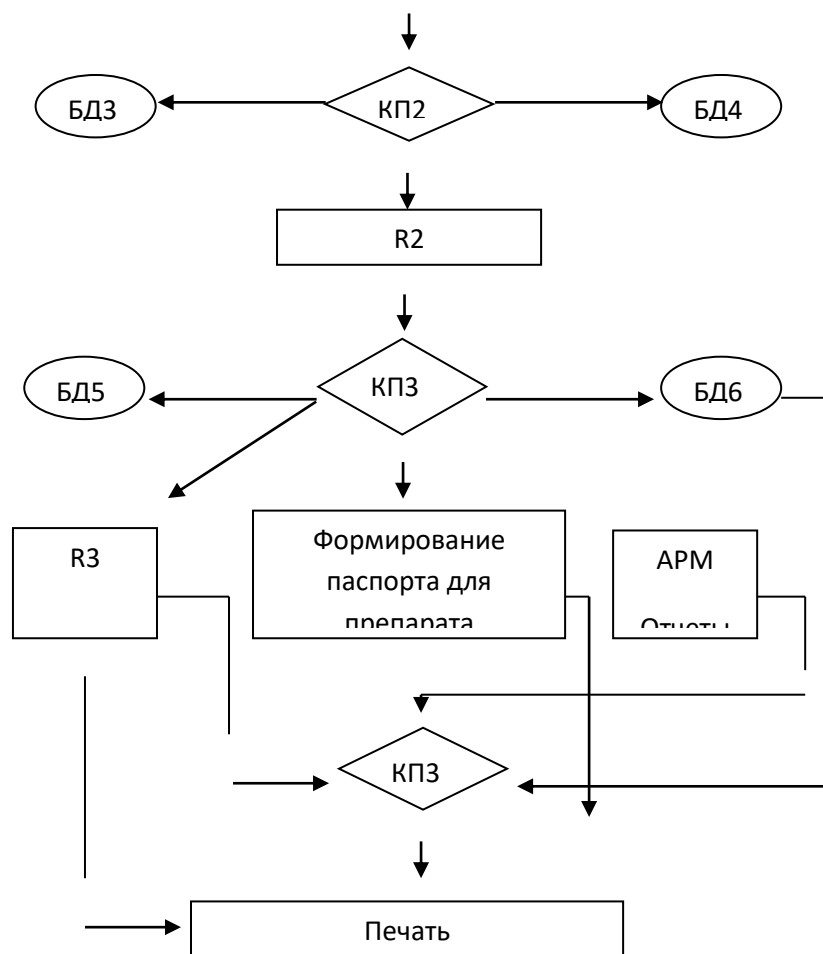
R 1, R 2, R 3 – автоматизирование генерации решений для дальнейшего исполнения

Алгоритмы действий и принцип работы компьютерной программы

Алгоритм действия работы отдела переливания крови сводится к следующему: после принятия заказа по локальной сети, информации о параметрах крови реципиента автоматически проверяется на достоверность с его предыдущими данными, находящимися в базе данных «Бывшие пациенты», если пациент ранее находился на лечении в ФФРНЦЭМП; далее осуществляется проверка наличия самого реципиента в базе данных носителей инфекционного заболевания и определяется режим переливания крови, после чего осуществляется автоматический поиск необходимого препарата в собственном Банке препаратов крови. В случае наличия необходимого препарата автоматически составляется паспортные данные на препарат крови и пояснительная записка по режиму переливания крови и оформляется формуляр на выдачу препарата.

В случае отсутствия возможностей удовлетворения спроса на данный момент заказ выполняется за счет Банка препаратов крови городской станции переливания крови.





Опытная эксплуатация разработанной программы и соответствующей технологии организации работы отдела переливания крови показала повышение достоверности, исключение возможных ошибок, а также оперативность оказания экстренной медицинской помощи. Обеспечение безопасности информации в нашей системе осуществляется в соответствии с политикой безопасности, утвержденной для системы «EXTERNET».

Литература

1. Е.В.Кудинова, А.Г.Сапрыкина Опыт внедрения единой информационной системы в службу крови Самарской области. Метод.рекомендации. Самара 2014 г.
2. Маковский А.А.,Гусев С.Д.,Павлушкин А.А.,Бархатова Л.И.,Дорошенко И.Я.,Подубная Е.Л. Система автоматизации клинической трансфузиологии,обеспечение безопасности переливания компонентов донорской крови. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова, 2013 г.т.8 № 3,стр. 56-61
3. Жибурт Е. Б. Особенности национального определения группы крови / Е. Б. Жибурт [и др.] // Вестник Росздравнадзора. - 2012. - № 2. - С. 66-68.

4. Dzik W. H. New technology for transfusion safety / W. H. Dzik // British Journal of Haematology. - 2006. - Vol. 136. - P. 181-190.
5. Murphy M. F. Application of bar code technology at the bedside: the Oxford experience / M. F. Murphy // Transfusion. - 2007. - Vol. 47. - P. 120S-124S.
6. Dzik S. Radio frequency identification for prevention of bedside errors / S. Dzik // Transfusion. - 2007. - Vol. 47. - P. 125S-129S.

ЭКСТРЕННАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Махмудов Н.И., Тухтакулов А.Ю., Умурзаков О.Э.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан**

Актуальность. Кома, являясь острым патологическим состоянием, требует неотложной терапии на как можно более ранних этапах. По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, на догоспитальном этапе частота ком составляет 5,8 на 1000 вызовов. При этом догоспитальная летальность достигает 4,4%.

Материалы и методы исследования. В 2021 году Ферганской городской станцией скорой помощи выполнено 38306 вызовов, из них госпитализированных составило 5372 (14,1%) Среди госпитализированных больных в коматозных состояниях составило 281 человек (5,2% от общего числа госпитализированных) Наиболее частой причиной развития коматозного состояния являлось инсульт 196 человек что составляет – 69,7%, на втором месте – черепно-мозговая травма – 45 что составляет 16,1%, далее следует передозировка наркотиков – 11 что составляет 3,9%, далее следуют гипогликемическая кома – 9 человек, что составляет 3,2 %, диабетическая кома и отравления лекарствами – 7 больных, что составляет 2,4%, алкогольная кома – 6 больных 2,1%; реже диагностируется кома вследствие отравлений различными ядами – 1,4%. Достаточно часто причина комы на догоспитальном этапе оставалась не только невыясненной, но даже незаподозренной 3 больных что составило – 1,06%.

Все причины комы можно свести к четырем основным: внутричерепные процессы, сосудистые, воспалительные, объемные и другие.

Однако во многих случаях установить точную причину развития коматозного состояния на догоспитальном этапе не представляется возможным.

Ведущим в клинической картине любой комы является выключение сознания с утратой восприятия окружающего и самого себя. Выключение сознания оглушение может иметь различную глубину, в зависимости от которой используются термины: обнубиляция, затуманивание, помрачение, облачность сознания, оглушение; сомнолентность, сонливость; сопор, беспмятство, бесчувственность, патологическая спячка, глубокое оглушение; кома наиболее глубокая степень церебральной недостаточности.

Результаты. При оказании первой помощи больному, находящемуся в коматозном состоянии, преследуются несколько целей. Мероприятия по достижению главных из них осуществляются одновременно:

1. Обязательна немедленная госпитализация в реанимационное отделение, несмотря на обязательную госпитализацию, неотложная терапия при комах во всех случаях должна быть начата немедленно.

2. Необходимо восстановление (или поддержание) адекватного состояния жизненно важных функций.

3. Иммобилизация шейного отдела позвоночника необходима при любом подозрении на травму.

4. Обеспечиваются необходимые условия для проведения лечения и контроля.

5. Проводится диагностика нарушений углеводного обмена и кетоацидоза.

6. Проводится дифференциальная диагностика и борьба с гипогликемией

7. Обязательна профилактика острой энцефалопатии

8. С лечебнодиагностической целью применяют антидоты.

9. Для борьбы с внутричерепной гипертензией

10. Нейропротекция и повышение уровня бодрствования.

11. Мероприятия по прекращению поступления токсина в организм

12. Симптоматическая терапия

13. При всех комах обязательна регистрация ЭКГ.

Выводы. Следует помнить о том, что при любом коматозном состоянии, вне зависимости от глубины церебральной недостаточности, применение средств, угнетающих ЦНС (наркотических анальгетиков, нейролептиков, транквилизаторов), чревато усугублением тяжести состояния; исключение составляют комы с судорожным синдромом, при котором показан диазепам. Кома служит противопоказанием к применению средств со стимулирующим действием (психостимуляторов, дыхательных analeптиков); исключение составляет дыхательный analeптик бемеград, который (как специфический антидот) показан при отравлении барбитуратами. На догоспитальном этапе непозволительно проведение инсулинотерапии.

БУЙРАК ВА БАЪЗИ БИР КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ХАЛҚ ТАБОБАТИ УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Махмудова Х.Т.

ФЖСТИ, Ўзбекистон

Пешоб ҳайдовчи воситалар организмда буйраклардан сийдик ажралишини оширади ва шишларни камайишига ёрдам беради. Буйракларда сийдик ҳосил бўлиши 2та асосий жараёндан иборат. қон плазмасининг фильтрацияси бирламчи сийдикнинг ҳосил бўлиши ҳамда нефрон каналчаларида бирламчи сийдик ва бошқа компонентлари қайта сурилиши (реабсорбцияси) иборат. Сийдик ажралиши коптокча сонига ва буйракдаги қон оқими тезлиги, қон босими ва бошқа омилларга боғлиқ. Диуретиклар бу омиллардан айримларига таъсир қилиб, сийдик ҳайдайдиган таъсир кўрсатади. Буйрак, қовуқ ва бошқа касалликларда пешоб йиғилиб қолмаслиги учун мана шундай воситалардан фойдаланилади. Шу мақсадда танадан пешобни ҳайдаш ҳусусиятига эга бўлган шифобахш ўсимликлардан фойдаланиш мумкин. Буймадарон (Тысячелистник обыкновенный) халқ табобатида ўсимликнинг ер устки қисмидан дамлама тайёрланиб ичилади. Дамлама тайёрлаш учун идишга 1 ош қошиқ ўсимлик солиниб устига 1 стакан қайнаб турган сув қўйилади ва 1 соатга дамланади. Дамламадан пешоб ҳайдаш учун кунига 3-4 маҳал 1-2 қошиқдан ичилади. Лимонўтли чой- халқ табобатида лимонўтли чой юрак, мия ва сезги аъзоларини қувватли қилувчи дори сифатида ичирилган. Чиндан ҳам бундай чой ақлни пешлайди, жигар ва ошқозонга фойдаси катта. Одам бирон нарсадан кўркиб кетса, безовталанса ёки уйқуси қочса, шу чой дармон бўлади. Лимонўт қоринда, буйракда ва бошқа ички аъзоларда пайдо бўладиган санчиқни қолдиради. Оғиз ҳидларини кетказади. Юракни кучайтиради, ҳазмга ёрдам беради ва ҳиқичокда фойда беради. Пешоб ҳайдовчи маҳсулотлар ортиқча суюқликдан, шишдан, газлардан халос этади. Айни дамда бирон дори ичишингиз шарт эмас. Атрофимизда пешоб ҳайдовчи воситалар жуда кўпдир. Жумладан, тарвуз энг ширин пешоб ҳайдовчи полиз экини саналади. Шу билан бирга, бодринг ҳам жуда фойдали сабзавотдир. Сабзи, апельсин каби маҳсулотлар калийга бойдир. Шунингдек, қовун, банан, сельдерейда ҳам калий сероб. Калийга бой маҳсулотлар шишни қайтаради, организмдаги ортиқча тузларни камайтириб, сув йиғилишига тўсқинлик қилади. Ҳаёт ҳаракатдан иборатдир, ошқозон-ичак тизими бу мушакли аъзо бўлиб, ҳар қандай мушак доимий равишда ҳаракатда бўлмаса, бўшашиб қолади. Жисмоний машқлар мушакларнинг қисқаришига туртки булади. Бу эса ўз навбатида

овқат ҳазм бўлиб, газлар чиқиб кетишига ёрдам беради. Халқ табобатида кийикўтли чой томоқ қирилганда, ўпка ва юрак хасталикларида, қон босими кўтарилганда тавсия этилган. У жигарни мустаҳкамлаш ва пешоб ҳайдаш хусусиятига эга. Тоғлардан териб келинган кийикўтни ювиб, сояда қурилади. Ишлатганда кафтлар орасида уқалаб олинади. Ярим литрли чойнакка битта кичкина қошиқда олий навли кўк чой, 1 чой қошиқ қуририлган кийикўт солинади ва қайноқ сув қўйиб, оловга 5 дақиқага қўйиб дам едирилади. Ибн Сино шундай ёзади: «Седана балғамни кўчирувчидир, тозаловчи, ел ва дамни шимдирувчидир. Хусусан, унинг тозалаш хусусияти етарли даражададир. Седана тумовга фойда қилади. Уни асал ва иссиқ сувга қўшиб ичилса, қовуқ ва буйракдаги тошларга фойда қилади, уларни чиқаради». Седанали чой қуйидагича дамланади: ярим литрли чойнакка 1 чой қошиқ қора ёки кўк чой, 20-25 дона седана солиб, қайноқ сув қўйилади ва 3-4 дақиқа оловга қўйиб дам едирилгандан кейин ширинликлар билан ичилади, асал қўшилса, жуда фойдали неъматга айланади. Игир (Аир болотный) Абу Али ибн Сино игир усимлиги илдизпоясидан тайёрланган қайнатмани пешоб ҳайдовчи сифатида тавсия қилган. қайнатма тайёрлаш учун идишга 3 стакан сув қўйиб , устига 15 гр майдаланган ўсимлик илдизпоясидан солинади ва 15 дақиқа қайнатилади . Совугач сузиб кунига 3 маҳал чорак стакандан ичилади .Бутакуз (Василёк синий) Халқ табобатида бутакузнинг тилсимон гулидан тайёрланган дахлама пешоб ҳайдовчи сифатида тавсия қилинади. Дамлама тайёрлаш учун 1 стакан сувга 1 ош қошиқ ўсимлик гулидан солиб 1 соат дамланади. Сунг донадан сузиб кунига 3 маҳал чорак стакандан ичилади. Тарвуз бу ўта хушхур шифобахш неъмат ҳисобланади. Табиблар қадимдан ўт ва пешоб ҳайдовчи неъмат сифатида беморларга тарвуз ейишни тавсия қилишган. Тарвуз дармондориларнинг барчасига бой неъматдир. Арпабодиён (Анис обыкновенный) зиравор ўсимлик ҳисобланиб, ўзбек пазандачилигида лағмонга солинади қайнатмаси ширмойнонни хаамирига солинади. Халқ табобатида арпабодиён ўсимлиги мевасидан дахлама тайёрлаб пешоб ва ўт ҳайдовчи сифатида чой сифатида ичилади. Дамлама тайёрлаш учун ярим литрли чойнакка 1 ош қошиқ ўсимлик мевасидан солиб устига қайнаб турган сув қўйилади ва 12 дақиқага оловга қўйилади. Шу дахламага кичкина қошиқчада қора чой солиниб яна дамланади ва чойга ухшатиб ичилади. Агар пешоб ранги зафарон бўлса унда баданда сафрони куплигидан далолат беради Агар кимнинг пешоби тутилса беш мисколдан (ёнгок , сарик чечак ўт, арпабодиён, қовун илдизи, совунўт уруғи) жамлаб қайнатиб ичилса , тутилган пешобни ҳайдайди. Қора андиз (Девясил высокий) Агар пешоб тутилиб қолса қора андиз дахламаси ичилади. Дамлама тайёрлаш учун 1 стакан қайнаб совутилган сувга 2 чой қошиқ ўсимлик майдаланган илдиз ва илдизпоясидан солинади 8 соатга қўйилади , сўнгра донадан сўзиб 4 маҳал овқатдан 20 минут олдин чорак стакандан

ичилади.Пешоб тугилганда типратикан ички аъзолари пишириб истеъмол қилинади. Пешоб йўлларида тош бўлса кийикўтили чой, долчинли чой, райхонли чой, олма чой, ўрик чойлардан ичиб пешоб билан бирга тошларни ҳам тушириш мумкин.

SOCIAL ASPECTS OF THE STRUCTURE AND FREQUENCY OF INCIDENCE OF THE POPULATION OF FERGHANA

Makhmudova Kh.T.

Fergana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan

Abstract. Currently there are a huge number of reasons leading to the pathological state of the body there are also differences in the ability to develop between urban and rural populations which is explained by the way of life and various medical education of the population.

Keywords: specific gravity endogen exogen infected intensity cancer

Relevance. We live in certain social economic social and cultural conditions that have an undeniable impact on the level and nature of the disease. The study of the state of health of the population is carried out on the basis of various criteria. Taking these criteria into account when studying the morbidity of the population is not enough while it is still necessary to use them in conjunction with factors affecting the health of the population. The study of these conditions and factors in the analysis of the morbidity of society makes it possible for health care institutions to determine the causes of pathology and develop the most effective preventive measures for these diseases.

The main factors that determine the intensity and structure of morbidity and health status of the population include:

A) Endogenous factors (heredity congenital malformations intrauterine intoxication etc.)

B) Natural or factors of the natural environment (climate weather terrain nature of the vegetation cover and soil etc.)

C) Socio-economic factors (social structure the degree of economic development working conditions everyday life recreation nutrition the level of education culture hygiene skills education psychology the availability and level of medical care etc.)

All of the above factors influence cumulatively and are mutually determined but at the same time each of them plays an important role in the development of diseases. But we must take into account the fact that social and hygienic factors play a decisive role in the formation of human health and subsequently of the entire population. In modern times two types of

pathology are subdivided respectively two types of population reproduction. As a result of studying the structure and intensity of morbidity in the population of the city of Ferghana recently just recently there has been a sharp decrease in the frequency of some infectious parasitic diseases and tuberculosis. The leading place in pathology was taken by cardiovascular diseases mental and nervous diseases injuries and poisoning influenza diseases of the organs of vision and hearing bones joints and muscles. Malignant tumors which rank second among the causes of death have a relatively small share in the morbidity structure.

When observing it is determined that the material base of health is steadily growing. This however does not mean that there are no factors in the social living conditions of peoples that adversely affect morbidity. Suffice it to point out the severity of the housing problem the lack of adequate nutrition the imperfection of a number of technological processes in various industries pollution of water air soil etc.

As a rule morbidity is judged by the population's appeal for medical care. According to the study this figure is much higher in urban populations than in rural areas. This is due to the fact that there are still differences in the level of medical care. In the city this figure fluctuates between 1100-1300 per 1000 inhabitants and in rural areas there are significantly low rates of 600-800 calls per 1000 population. To some extent such a factor as the distance between the village and medical institutions plays a role in this situation.

According to the results of studying the morbidity of the population of the city of Fergana it was revealed that in the structure of morbidity diseases of the blood organs and the educational system occupy the first place of which anemia occupies followed by diseases of the respiratory system diseases of the endocrine system mainly endemic goiter diseases of the digestive system; hearing diseases; circulatory diseases especially diseases associated with high blood pressure; diseases of the musculoskeletal and connective tissue; injury and poisoning etc. If you pay attention to the causes of the emergence and development of the higher listed diseases then you can see that they are all associated with a person's lifestyle. And social and hygienic factors are one of the most important components of lifestyle and affecting human health. Table 1 shows data on the structure of morbidity and intensity by the age group of the population of the city of Fergana from 18 years old and older for 2020 in decreasing order of their specific weight.

Table № 1.

The structure and intensity of diseases of the age population of the city of Ferghana in 2021

№	Diseases	General	Morbidity	Primar

				y
	General incidence	4161	975	3186
1	Diseases of the blood organs and educational system (anemia)	853	197	656
2	Respiratory diseases	871	269	602
3	Endocrine system diseases (goiter)	758	210	548
4	Digestive system diseases	556	98	458
5	Diseases of the hearing organs	301	47	254
6	Diseases of the organs of vision	280	47	233
7	Diseases of the skin and subcutaneous tissue	149	34	115
8	Circulatory diseases	85	16	69
9	Cycle disturbances	77	42	35
10	Diseases of the nervous system	70	12	58
11	Injury and poisoning	54	54	0
12	Diseases of the musculoskeletal and connective tissue	26	6	20
13	Diseases associated with high blood pressure	22	6	16
14	Infectious and some parasitic diseases	11	7	4

The basic patterns in relation to the entire population are repeated in almost all age groups. Influenza and upper respiratory tract catarrh take first place in almost all age groups up to old age. The main patterns of the structure of general morbidity. Although it is impossible to speak about an absolute stable structure of morbidity nevertheless a comparison of data for a number of cities allows us to consider the predominance of the listed groups of diseases in the composition of referrals as the main regularity. Obviously this nature of the structure of referral by nosological forms is mainly due to a violation of the relationship between the organism and the environment. All groups of diseases that give the highest frequency of referral are precisely such diseases the occurrence of which is mainly due to certain harmful effects of the environment. Such are the flu catarrh of the upper respiratory tract adjacent to them according to the conditions of occurrence of other respiratory diseases and the angina; diseases of the digestive system among which the leading place is occupied by acute digestive disorders as a result of a violation of nutritional conditions; injuries as a result of external influences and diseases of the skin and subcutaneous tissue, among which the main place belongs to pustular

skin diseases. The latter are known to be the result of skin pollution, especially poorly treated minor injuries. The same is the significance of environmental factors and etiology of most diseases of the organs of vision of the ear nose and throat as well as the peripheral nervous system.

Along with acute ailments which constitute the bulk of diseases diseases albeit with a lower specific weight are of great importance in assessing the state of health of the population but they represent serious disorders in health. These diseases with a long chronic course occupy a prominent place among the total number of days of disability and in particular among the causes of disability and mortality. Such are diseases of the cardiovascular system rheumatism chronic diseases of the digestive system peptic ulcer disease liver disease and finally malignant neoplasms primarily cancer. Therefore early recognition of their active therapy using the most advanced methods of modern medicine are the main tasks of health care in the fight to prevent disability and prolong life.

Thus, directly or indirectly the incidence depends on the impact of adverse environmental factors. Analysis of the morbidity structure indicates first of all the primary importance of the corresponding sanitary measures; struggle for the improvement of working conditions life food for compliance with the requirements of health and safety at work.

LITERATURE:

1. General provisions A.F. Serenko, V.V. Ermakov Social hygiene and healthcare organization. Medicine 1994. 356- 407s.
2. Guide to practical exercises in social hygiene and health organization Ed. Yu.P. Lisitsin. N.Ya. Kopita-2nd ed., Revised. 1994. 326s.
3. Yu.P. Lisitsin. Social hygiene and organization of health care. Problematic vocabulary. М.: "Medicine" – 1992. 512s.

ХАЛҚ ТАБОБАТИ УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ҲОЗИРГИ КУНДАГИ САМАРАДОРЛИГИ

Махмудова Х.Т.

ФЖСТИ Ўзбекистон

Мамлакатимиз турли хил касалликларни доривор ўсимликлар асосида даволаш бўйича ўзининг кўп асрлик анъаналарига эгадир. Буюк юртдошларимиз Ал-Беруний, Ал-Хоразмий, Абу Али ибн Синодек мутафаккир олимларимиз томонидан қадимда тиббиёт

амалиётида қўллашга тавсия этилган бой меросимиз асосида бугунги кунда Ўзбекистон Республикаси Фанлар академиясининг Биоорганик кимё институти, Ўсимлик моддалари кимёси институти, Тошкент фармацевтика институти ва бошқа бир қатор олийгоҳлар томонидан илмий асосланган ва клиник синовлар натижасида ўз тасдиғини топган республикаимиз бой ўсимликлар дунёсининг намуналари бугунги кунда тиббиёт амалиётида ўз ўрнини топди. Бугунги кунда “Қизил китоб”га 163тага яқин доривор ўсимлик киритилган бўлиб фармация ишлаб чиқаришда 60-70 тонна доривор ўсимликлардан дори маҳсулоти тайёрланади. Абу Али ибн Синонинг “Тиб қонунлари” китобига 811та доривор ўсимлик киритилган бўлиб ҳозирги кунда тиббиётдан шундан 105 тасидан фойдаланилади. Республикаимиз ҳудудида доривор ўсимликлар 100 тага яқини ёввойи ҳолда ўсади.

Юқоридагиларга асосан маҳаллий корхоналар томонидан 100 дан ортиқ ўсимлик хом ашёлари тиббиёт амалиётида қўллашга рухсат этилган. Тиббиёт амалиётида ўсимлик хом ашёларидан оддий (бир турдаги ўсимлик хом ашёларидан) ва мураккаб (икки ва ундан кўп турдаги ўсимлик хом ашёсидан) рецептлар асосида ўсимлик дамламаларини тайёрлаш ва тиббиёт амалиётида қўллаш йўлга қўйилган. Аҳолини салқин, доривор, витаминларга бой фитоичимликлар билан таъминлаш мақсадида Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги 3200 га яқин даволаш-профилактика муассасаларида, шу жумладан 2541 та кишлоқ врачлик пунктларида фитобарлар ташкил этилиб улар самарали фаолият олиб бормокда. Доривор ўсимликлар – одам ва ҳайвонларни даволаш, касалликларнинг олдини олиш учун, шунингдек, озиқ-овқат, атир-упа ва косметика саноатида ишлатиладиган ўсимликлар – гиёҳлардир. Ер юзида доривор ўсимликларнинг 10-12 минг тури борлиги аниқланган. 1000 дан ортиқ ўсимлик турининг кимёвий, фармакологик ва дориворлик хоссалари текширилган. Ўзбекистонда доривор ўсимликларнинг 700 дан ортиқ тури мавжуд. Шулардан табиий шароитда ўсадиган ва маданийлаштирилган 120 га яқин ўсимлик турларидан илмий ва халқ табobatiда фойдаланилади. Ҳозирги даврда тиббиётда қўлланиладиган дори-дармонларнинг қарийиб 40-47% ўсимлик хом ашёларидан олинади. Ўсимликлар мураккаб тузилишига эга бўлган жонли табиий кимёвий лаборатория бўлиб, оддий ноорганик моддалардан мураккаб органик моддалар ёки бирикмаларни яратиш қобилиятига эга. Доривор ўсимликларнинг қуритилган ўти, куртаги, илдизи, илдизпояси, туганаги, пиёзи, пўстлоғи, барги, гули, ғунчаси, меваси (уруғи), данаги, шарбати, қиёми, эфир мойи ва бошқа(лар)дан дори-дармон тарзида фойдаланилади. Доривор ўсимликларни 2 хил таснифлаш қабул қилинган: а) таъсир қилувчи моддаларнинг таркибига қараб – алкалоидли, гликозидли, эфир мойли, витаминли ва бошқа б) фармакологик кўрсаткичларига қараб – тинчлантирувчи, оғрик

қолдирувчи, ухлатувчи, юрак-томир тизимига таъсир қилувчи, марказий нерв тизимини қўзғатувчи, қон босимини пасайтирувчи ва бошқалар. Доривор ўсимликларнинг таъсир этувчи моддалари алкалоидлар, турли гликозидлар, флавоноидлар, кумаринлар, ошловчи ва шиллиқ моддалар, эфир мойлари, витаминлар, бўёқ моддалар, ферментлар, фитонцидлар, крахмал, оксиллар, полисахаридлар, азотли моддалар, мой ҳамда мой кислоталари ва бошқа бирикмалардан иборат. Фитоичимлик тайёрлаш учун майдаланган ва керакли миқдорда тортиб олинган хом ашё ёки керакли миқдордаги фильтр-пакетлар олиниб, хом ашё миқдорига мос, қопқоғи гипс беркитиладиган сирли идишга солинади ва устига хона ҳароратидаги қайнатилган сув қуйилади. Сув қайнаб чиқгач (доривор ўсимликни ер устки қисми, ўтлари, барглари, гуллари ва ш.к.) яна 15 дақиқа қайнатилиб, 45 дақиқа совутилади. Илдиз ва илдизпоялар, пўстлоқлар, уруғлар ва шунга ўхшашлар 30 дақиқа қайнатилиб, сўнг 10 дақиқа совутилади. Сувли ажратмани совутиш муддати ўтгандан сўнг икки қават донадан сузилади ва сиқилади. Агар сувли ажратма 1-3 литр миқдорида тайёрланса, унда қайнатиш вақти 10 дақиқага узайтирилади ва барглари, гуллари, доривор ўсимликни ер устки қисмлари учун 25 дақиқа, илдиз ва илдизпоя, пўстлоқ ва шу кабилар учун 40 дақиқа деб белгиланади. Сувли ажратмаларни дамлаш усули билан ҳам тайёрлаш мумкин. Бунинг учун тегишли миқдордаги хом ашё (фильтр пакет) чинни идишга солинади ва устига керакли миқдордаги қайнаб турган сув қуйилади ҳамда маълум вақтга устини сочиқ ёки бирор бошқа нарса билан ўраган ҳолда қолдирилади. Сўнггра икки қават дона орқали сузиб, сиқиб истеъмол учун тайёрланади. Бу усулда термосдан ҳам фойдаланиш мумкин. Термосга керакли хом ашё (фильтр-пакет) ва қайнаб турган сув қуйилиб, бир соатга қолдирилади, сўнг икки қаватли донадан сузиб сиқилади. Фитоичимликларни сақлаш шартлари ва қўллаш муддатлари. Тайёр сувли ажратмаларни 2-5 С ҳароратда совутгичларда оғзи гипс беркитилган идишларда сақланди. Сувли ажратмалар сақлаш жараёнида чўкма тушиши мумкин. Бу чўкмалар доривор ўсимлик таркибидаги иссиқликда эриб совутилганда чўкмага тушиши мумкин бўлган тури таркиб ва хусусиятга эга бўлган моддалар бўлиб, улар мутлақо безарар. Шу сабабли сувли ажратмалар истеъмолга беришдан олдин чайқатилиши лозим. Сувли ажратмаларни 1 кунлик эҳтиёж учун тайёрлаш мақсадга мувофиқ. Уларни таркибида турли табиатли моддалар бўлганлиги ва микроорганизмлар ўсиши учун қулай муҳит эканлиги сабабли, совутгичда сақлаганда яроқлилиқ муддати 2 кун. Сақлаш муддати ўтган сувли ажратмалар истеъмолга яроқсиз ҳисобланади. Маълумки доривор ўсимликлар асосида тайёрланадиган дори воситалари, шу жумладан доривор дамламалар қатор афзалликларга эга бўлиб, улар қуйидагиларда ифодаланади:

а) дори воситасининг тегишли самарадорлигига эга бўлган ҳолда, безарарлиги (кам заҳарлилиги);

б) уларнинг “майин” доимий таъсири;

в) тез ва осон тайёрлаш имкониятлари мавжудлиги;

г) алоҳида мураккаб технологик ускуналар талаб этилмаслиги;

д) арзонлиги ва бошқалар.

Халқ табобатида баъзи касалликларда қўлланиладиган доривор ўсимликларни кўриб чиқамиз, масалан кўнгил беҳузур бўлишида, қайт қилишда, бош оғриғида шафтоли барги дамламасини ичиш тавсия этилади. Бунинг учун бир сиқим шафтоли барги чойнакка солиниб, устидан қайнаб турган сув қуйилади. 5-6 дақиқада дамба тайёр бўлади. Ундан ярим пиёла миқдорида ичилса, 10 – 15 дақиқадан сўнг ичакдаги безовталиқ ва бош оғриғи таққа тўхтайдди. Абу Али ибн Сино исмалоқ баргларида тайёрланган қайнатма ични юмшатиш, сафро ва елни ҳайдаш, қорин ҳамда ичаклардаги яллиғланишга чек қўйишда самарали таъсир кўрсатишини таъкидлаган. Қайнатма тайёрлаш учун идишга 1 ош қошиқ миқдорида қуритиб майдаланган исмалоқ барги, 1 стакан сув солиб, 10 дақиқа қайнатилади ва 1 соат давомида дамба қўйилади. Сўнггра докадан сузиб олиниб, шарбатидан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ярим пиёладан ичилади.

Зайтун меваси ва ундан олинадиган ёғ ҳақида эшитмаган одам бўлмаса керак. Зайтун мевасида, тўғрироғи, зайтун ёғида инсон саломатлиги ва узоқ умр кўришига сабаб бўлувчи фойдали хусусиятлари кўп. Зайтун мевасининг маданийлаштирилишини кишилиқ жамияти тараққиётининг илк қадамлари деб эътироф этиш мумкин. Олимларнинг таъкидлашича, зайтун милоддан аввалги 3000 йилларда Крит оролида ўстирила бошланган. Яшил ва қора зайтун орасидаги биргина фарқ уларнинг етилганлигидадир. Яъни пишиб етилган зайтун мевалари қора рангда бўлади. Зайтун меваси март ойида гуллаб, ноябр ойида йиғиштириб олинади. Зайтун ҳосилининг 90 фоизи ёғ ишлаб чиқариш учун мўлжалланган. Янги терилган зайтун мевасини истеъмол қилиб бўлмайди, чунки улар жуда аччиқ бўлади. Зайтунни истеъмол қилиш учун ишқорлаш ва ёки денгиз тузида ёки тузли сувда консервалаш керак бўлади. Бу амалий медицинада кенг қўлланиладиган олеуропеин (қон босимини тушириш учун) моддасини чиқариб юбориш учун қилинади. Бу модда зайтун мевасида ва баргларида мавжуд бўлади. Ёғ ишлаб чиқариш учун етиштирилган зайтун мевалари узилган заҳоти босувчи мосламага жўнатилади. Шунингдек зайтун ёғи – махсус ишловсиз истеъмол қилса бўладиган ягона ёғ тури ҳисобланади. Зайтун меваси турли хил йўллар билан қайта ишлов берилади. Баъзи жойларда зайтун меваси 6-12 ойга тузланади. Бу ҳолатда зайтун мевалари жуда тотли таъмга эга бўлар экан. Баъзида яшил зайтун мевалари пишиб

етилишидан аввал терилади ва ишқорланиб, ферментация учун намакобга солиб қўйилади. Зайтун ёғи кўп касалликларнинг олдини олишда ва уларга даво сифатида ишлатилади. Зайтун ёғи антиоксидантлар, витамин ва минераллар билан бойитилганлиги учун мушак тўқималарини ҳамда ичак деворларининг мустаҳкамланишига ёрдам беради. Таркибига линол, олеин ва линолен каби тўйинмаган ёғ кислоталари мавжуд. Улар липидларнинг пероксидланиш жараёнига, семизликка тўсқинлик қилади. Инсон организмни ёшартиришга ва овқат ҳазм қилиш фаолиятини яхшиланишига ёрдам беради. Юрак-қон томир касалликларининг олдини олади. Мия артериясини соғломлаштиради. Бошқа ўсимлик ёғларига нисбатан инсон организмда енгил ўзлаштирилади. Ҳар хил қон гуруҳларига мансуб инсонларга бирдек мос келадиган, фойдали ягона ёғ ҳисобланади. Ҳар доим истеъмол қилишлик сурункали гипертонияда қон босимини меъёрлаштиради. Юрак қон-томир касалликларининг олдини оладиган энг яхши воситадир. Инсулиннинг қарши курашишини кучайтиради ва унинг фаолиятини меъёрлаштиради. Қондаги қанд миқдорини меъёрлаштиради. Шамоллашда, меъда ва ичак касалликларини даволашда, ҳамда экзема, конъюнктивитда ва бош оғриғида ишлатилса яхши натижага эришилади. Овқат ҳазм қилиш тизимини яхшилашда ёрдам беради. Ошқозон, ичак ва жигар фаолиятини яхшилайдди. Дерматит ва тери қуришига қарши ажойиб восита. Ажин пайдо бўлишини олдини олади ва уларни текислайди. Терини силлиқлаб, таранглигини оширади. Зайтун ёғи иссиқ ёки совуқ овқатларда, қандай ҳолатда истеъмол қилинишидан қатъий назар, ошқозон шираси кислотасини пасайтиради ҳамда ошқозонда гастрит ва яра пайдо бўлишини олдини олади. Ўт қопини соғлом ишлашига ёрдам беради. Ўт чиқариш фаолиятини меъёрлаштиради ва ўт қопидаги тошларни пайдо бўлиш хавфини камайтиради. Таркибида хлор борлиги сабабли ичак фаолиятини соғломлаштиради. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти тавсияларига биноан, ҳеч бўлмаганда бир кунда бир маротаба зайтун ёғини истеъмол қилган аёлларда кўкрак беи саратони билан касалланиш хавфи уч барорбар камаяди. Текширувларга асосан кўкрак беи саратонига чалинган аёллар зайтун ёғини истеъмол қилишганида ҳар учдан бирида хасталикка сабаб бўладиган HER-2/neu анкогенини тўсиб қўйиши аниқланди. Зайтун ёғи ҳар хил ёмон таъсирли ўсимталарга қарши муҳим, кучли қурол ҳисобланади ҳамда ичак, сут безлари ва простатадаги онкологик ўсимталарга қарши курашувчи самарали воситадир. Инсон организмни чарчатадиган, хужайраларини бузадиган вируслар билан курашишда “Е” витамини табиий иттифоқдош бўла олади. Маълумки, “Е” витамини гўзаллик манбаи деб эътироф этилади. Демак, ҳамиша ёш ва гўзал бўлишни истайдиган хонимлар учун зайтун ёғи беминнат ёрдамчи ҳисобланади. Айниқса, кекса ёшдаги инсонларга ва ўсаётган болаларга тавсия этилади. Чунки зайтун ёғи жуда тез ҳазм бўлади

ва организмда кўпгина витамин ва минералларнинг фаоллашувига ёрдам беради. Минерал моддаларининг суяк тўқималарида жойлашиб қолишида ёрдам беради. Кальций моддасини йўқолишига тўсқинлик қилади. Ёғ кислоталарининг миқдори жиҳатидан зайтун ёғи она сутига яқин туради. Зайтун ёғи ҳомиладорлик вақтида ва эмизикли аёлларга тавсия этиладиган ягона ёғ ҳисобланади. Чунки зайтун ёғи таркибидаги ёғ кислоталари ҳомила мияси ва асаб тизимининг шаклланишида ижбый таъсир этади. Мунтазам истеъмол қилиш қутилган самарани беради. Оч қоринга, овқатдан ярим соат олдин ёки 2 соат кейин, кунига 2-3 маҳал ичиш тавсия этилади.

Адабиётлар:

1. Халк табобати . Жураев.А
2. Фитотерапия. М.Махсумов. Х .Алимов. С.Саидов 2013
3. Халк табобати. Исмоилов Х
4. Табиатнинг ўзи табиб. Иргашев Ш. Тошкент-2003
5. Шифобахш ўсимликлар ҳақида. Ибн Сино.

DEXA: аппарат сканирования плотности кости

Муминова Г.К.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Сканирование плотности костей, также называемое двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрией (DEXA) или денситометрией костей, представляет собой усовершенствованную форму рентгеновской технологии, которая используется для измерения потери костной массы. DEXA является установленным на сегодняшний день стандартом для измерения минеральной плотности костной ткани. Рентгенологическое исследование помогает врачам диагностировать и лечить заболевания. Он подвергает вас небольшой дозе ионизирующего излучения для получения изображений внутренней части тела. Рентгеновские снимки являются старейшим и наиболее часто используемым видом медицинской визуализации. DEXA чаще всего выполняется в нижней части позвоночника и бедрах. У детей и некоторых взрослых иногда сканируют все тело. Периферийные устройства, использующие рентген или ультразвук, иногда используются для скрининга низкой костной массы, в основном на предплечье. В некоторых сообществах для диагностики или мониторинга низкой костной массы (ККТ) также можно использовать компьютерную томографию со специальным программным обеспечением. Это точно, но используется реже, чем сканирование DEXA.

DEXA чаще всего используется для диагностики остеопороза, состояния, которое часто поражает женщин после менопаузы, но может также встречаться у мужчин и редко у детей. Остеопороз включает в себя постепенную потерю костной ткани, а также структурные изменения, в результате которых кости становятся тоньше, более хрупкими и с большей вероятностью ломаются. DEXA также эффективен для отслеживания эффектов лечения остеопороза и других состояний, вызывающих потерю костной массы.

Тест DEXA также может оценить индивидуальный риск развития переломов. На риск перелома влияют возраст, масса тела, предшествующие переломы, семейный анамнез остеопоротических переломов и проблемы образа жизни, такие как курение сигарет и чрезмерное употребление алкоголя. Эти факторы учитываются при принятии решения о необходимости лечения пациента.

Тестирование плотности костей настоятельно рекомендуется, если вы:

- женщина в постменопаузе и не принимает эстроген.
- имеют личную или материнскую историю перелома бедра или курения.
- женщины в постменопаузе, высокие или худые.
- мужчина с клиническими состояниями, связанными с потерей костной массы, такими как ревматоидный артрит, хроническое заболевание почек или печени.
- используете лекарства, которые, как известно, вызывают потерю костной массы, включая кортикостероиды, такие как преднизолон, различные противосудорожные препараты, такие как дилантин и некоторые барбитураты, или препараты для замены щитовидной железы в высоких дозах.
- имеют диабет 1 типа (ранее называвшийся ювенильным или инсулинозависимым), заболевание печени, заболевание почек или семейный анамнез остеопороза.
- имеют высокий метаболизм костной ткани, который проявляется в виде избыточного количества коллагена в образцах мочи.
- имеют заболевания щитовидной железы, такие как гипертиреоз.
- имеют состояние паращитовидной железы, такое как гиперпаратиреоз.
- перелом после легкой травмы.
- имели рентгенологические признаки перелома позвоночника или другие признаки остеопороза.

В день обследования вы можете нормально питаться. Вы не должны принимать добавки кальция как минимум за 24 часа до обследования. Вы должны носить свободную, удобную одежду, избегая одежды с молниями, ремнями или пуговицами из металла. Такие предметы, как ключи или кошельки, которые могут находиться в сканируемой области, должны быть удалены. Возможно, вам придется снять часть одежды и/или

переодеться для исследования. Снимите украшения, съемные зубные протезы, очки и любые металлические предметы или одежду, которые могут мешать рентгеновским снимкам. Сообщите своему врачу, если вы недавно проходили обследование с барием или вам вводили контрастное вещество для компьютерной томографии (КТ) или радиоизотопного сканирования. Возможно, вам придется подождать от 10 до 14 дней, прежде чем пройти тест DEXA. Женщины должны всегда сообщать своему врачу и лаборанту, если они беременны. Врачи не будут проводить много тестов во время беременности, чтобы не подвергать плод воздействию радиации. Если рентген необходим, врач примет меры предосторожности, чтобы свести к минимуму облучение ребенка.

Существует два типа оборудования DEXA: центральное устройство и периферийное устройство. Большинство устройств, используемых для DEXA, являются центральными устройствами, которые используются для измерения плотности кости в бедре и позвоночнике. Обычно они располагаются в больницах и медицинских учреждениях. Центральные устройства имеют большой плоский стол и «руку», подвешенную над головой. Периферийные устройства измеряют плотность кости в запястье, пятке или пальце и часто доступны в аптеках и на передвижных медицинских фургонах по месту жительства. Устройства pDEXA меньше центральных устройств DEXA и весят всего около 60 фунтов. Они могут иметь портативную коробчатую конструкцию с местом для стопы или предплечья, которые можно разместить для визуализации. Другие портативные технологии, такие как специально разработанные ультразвуковые аппараты, также иногда используются для скрининга. Тем не менее, центральная DEXA является стандартной техникой.

Аппарат DEXA посылает тонкий невидимый пучок низкодозового рентгеновского излучения с двумя отчетливыми энергетическими пиками через исследуемые кости. Один пик поглощается в основном мягкими тканями, а другой – костями. Количество мягких тканей можно вычесть из общего, и останется минеральная плотность кости пациента. Аппараты DEXA оснащены специальным программным обеспечением, которое вычисляет и отображает измерения плотности кости на мониторе компьютера.

Результаты теста будут представлены в виде двух баллов:

Т-показатель — это число показывает количество костей, которое у вас есть по сравнению с молодым человеком того же пола с пиковой костной массой. Оценка -1 и выше считается нормой. Оценка от -1,1 до -2,4 классифицируется как остеопения (низкая костная масса). Оценка -2,5 и ниже определяется как остеопороз. Показатель Т используется для оценки риска развития перелома, а также для определения необходимости лечения.

Z-показатель — это число отражает количество костей, которое у вас по сравнению с другими людьми вашей возрастной группы, того же роста и пола. Если этот показатель необычно высокий или низкий, это может указывать на необходимость дальнейших медицинских тестов. Небольшие изменения обычно могут наблюдаться между сканами из-за различий в позиционировании и обычно не являются значительными.

Врачи проявляют особую осторожность во время рентгенологических исследований, чтобы использовать минимально возможную дозу облучения, получая при этом наилучшие изображения для оценки. Национальные и международные организации по защите от радиологии постоянно пересматривают и обновляют стандарты методов, которые используют специалисты в области радиологии. Современные рентгеновские системы сводят к минимуму паразитное (рассеянное) излучение за счет использования контролируемых рентгеновских лучей и методов контроля дозы. Это гарантирует, что области вашего тела, не отображаемые на изображении, получают минимальное облучение.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ МЕТОДОМ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Мурадинова А.Р., Усманова Д.Д., Умарова М.П., Эрматов У.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. На сегодняшний день актуальна разработка немедикаментозных методов восстановления нарушенных функций нервной системы. Показано, что при применении метода биоакустической коррекции (БАК) предоставление акустических стимулов, полученных из ЭЭГ самого больного, способствует эффективного запуска процессов саморегуляции. К примеру, применение в качестве акустического воздействия вербальных стимулов, сопряженных с собственной ЭЭГ, способствует активации речевых функций. Во время процедур, по поводу активации речевых функций на основе БАК, в сочетании с традиционным лечением на фоне логопеда, в разы ускоряется процесс речевого развития детей.

Цель исследовательской работы: провести анализ паттернов электроэнцефалографии головного мозга детей с диагнозом задержка психического и речевого развития, находившихся на лечении с использованием модифицированных процедур БАК, направленных на активацию речевых функций.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 детей с диагнозом задержка психического и речевого развития: 15 мальчиков и 15 девочек в возрасте от 4 до 6 лет. Все дети проходили курс процедур активация речевых функций вместе с логопедическим занятием. Процедура БАК проходила следующим образом: дети слушали музыкальные звуки согласованных и синхронизированных с их собственной электроэнцефалограммой. Электроэнцефалограмма бралась по каналам Fp1, Fp2, O1, O2 (каждый канал отдельно). Активность по каналу Fp1 характеризовалась и озвучивалась вербальными стимулами. Продолжительность процедуры составляла от 12 до 25 мин. Сеансы проводились через день. Общее число сеансов 10-15 за один курс.

В процессе мониторинга речевой активности больного на основе периодометрического анализа вычислялось среднее значение доли периодов колебаний ЭЭГ по ритмам: альфа-, бета-, тета- и дельта-диапазонов для каждой точки регистрации. По кросскорреляционному анализу производилась оценка уровня синхронизации между контралатеральными фронтальными и окципитальными отведениями.

Результаты исследования. В первые сеансы курса процедур у большинства детей отмечалось неразборчивость в речи, а также невозможность выговаривать некоторые звуки. Имелся бедный словарный запас, дети произносили только отдельные слова/фразы, строить сложные предложения не могут. Речь не используется для общения. У 2 детей речь отсутствовала вообще, наблюдались односложные ответы "да" или "нет", общались жестикациями.

К концу курса лечения у всех исследуемых детей наблюдалось постепенное увеличение четкости и разборчивости речи, стали больше говорить, а те, которые вообще не говорили, стали много издавать звуки. Также отмечается увеличение словаря, появляются новые слова, и простые предложения, которыми ребенок начал общаться. У некоторых детей наблюдалась повышенная разговорчивость. Ребенок с отсутствовавшей речью начал лепетать и говорить уже по два-три слова. Для большинства детей прогресс в речевой активности наблюдался после 4 - 5 сеанса.

На электроэнцефалографии во фронтальных отведениях в начале курса доминировала активность бета-диапазона (около 48%), наблюдалось значительное количество дельта-волн (около 10%). В окципитальных отведениях альфа-ритм в большинстве случаев отсутствовал или регистрировались отдельные альфа-волны, преобладала полиморфная активность. Уровень синхронизации между Fp1 и Fp2 составлял $59 \pm 18\%$, между O1 и O2 – $47 \pm 14\%$. К концу курса лечения наблюдалось увеличение доли

волн тета-диапазона в Fp2 отведении с $23 \pm 4\%$ до $28 \pm 8\%$ ($p < 0,05$). В остальных точках регистрации и частотных диапазонах ЭЭГ достоверной динамики не выявлено. Уровень синхронизации между Fp1 и Fp2 увеличился до $71 \pm 20\%$ ($p < 0,05$), между O1 и O2 снизился до $34 \pm 20\%$ ($p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, в ходе лечения детей с задержкой психического и речевого развития с использованием режима активации речевых функций на основе метода биоакустической коррекции, наблюдается эффективное восстановление качества и скорости речи, что подтверждается реструктуризацией параметров биоэлектрической активности мозга на электроэнцефлограмме.

COVID-19 BILAN KASALLANGAN BEMORLAR ORASIDA AYRIM NOINFEKSION KASALLIKLARNING TARQALGANLIGI

Nematov A.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

Xitoy Xalq Respublikasi Sog'liqni saqlash milliy komissiyasi tomonidan olib borilgan tadqiqotlar natijasiga ko'ra 41 nafar bemorlarning klinik xususiyatlarini birinchi marta ma'lum qilishdi va ularning 13 tasida (32%) yurak-qon tomir kasalliklari, diabet, gipertenziya va surunkali obstruktiv kabi surunkali kasalliklari mavjudligi haqidagi tibbiy ma'lumotlar qayd etildi. Keyinchalik COVID-19 bilan kasallangan 138 ta holatdan 64 (46,4%) ta bemorda hamrox kasalligi borligi aniqlandi. Shuni ta'kidlash kerakki surunkali kasalligi bor bemorlarning boshqa bemorlarga qaraganda reanimatsiya bo'limiga yotqizilishi ko'proq (72,2%) ulushni tashkil qilmoqda. Bu shuni ko'rsatadiki, surunkali kasalliklar, bemorlarni og'ir holatlarga olib kelishi uchun xavf omillaridan biri bo'lishi mumkin

Tadqiqotning maqsadi. COVID-19 bilan kasallangan bemorlar orasida surunkali kasalliklarning tarqalganligini va ularning kasalxonalarda o'rtacha davolanish muddatini o'rganish.

Material va tadqiqot usullari. Tadqiqot ob'ekti bo'lib Respublika maxsus yuqumli kasalliklar shifoxonasi Zangiota-1 va Zangiota-2 olindi, COVID-19 kasalligi tashxisi bilan ro'yxatga olingan bemorlar va ularning birlamchi tibbiy ma'lumotlarining statistik tahlili, retrospektiv tadqiqot usulidan foydalanilgan.

Olingan natijalar. Mamlakatimizda ham jami 1862 nafar bemorlarni qanchasi surunkali kasalliklar bilan kasallanganligini va ularning kasalxonada necha kun davolaniganini taxlil qilganimizda, bemorlarning 974 ($52,3 \pm 1,15\%$) tasi da surunkali kasalliklar mavjudligi aniqlandi

va ularning o'rtacha davolanish muddati $12,3 \pm 0,17$ kunni tashkil qilgan bo'lsa surunkali kasalliklari yo'q bemorlar 888 ($47,7 \pm 1,15\%$) tani tashkil qilgan ularning davolanish muddati esa o'rtacha $9,5 \pm 0,15$ kunni tashkil qilmoqda. Bundan ko'rinib turubtiki surunkali kasalliklari bor bemorlarning COVID-19 kasalligidan davolanish muddati uzoqroq bo'lmoqda. Koronavirus infeksiyasining tarqalishi, o'lim holatlari, ayniqsa surunkali kasalliklari bor bo'lgan aholi guruhlarida ko'proq uchramoqda. Agar bemorda yurak-qon tomir kasalliklari va boshqa hamrox kasalliklardan asosiysi bo'lsa, u holda SARS-CoV-2 virusi bilan kasallanish o'lim ko'rsatkichining eng yuqori ko'rsatkichi bo'lishi mumkin.

Mamlakatimizda ham koronavirus infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarning kasallikni qaysi surunkali kasalliklar bilan qay darajada o'tkazganligini taxlil qildik va baxoladik. Bu albatta kelgusida kasallikni prognozlash va davolashga qaratilgan chora-tadbirlar ko'lamini kengaytirish va samaradorligini oshirishga va buning natijasida bemorlarni kasallikni og'ir va o'ta og'ir xolatlarga tushib qolmasligini oldini olishga katta xissa qo'shadi. Olingan ma'lumotlarga ko'ra jami surunkali kasalliklari bor bemorlarning $2,9 \pm 0,53\%$ da semizlik, $20,9 \pm 1,3\%$ da qandli diabet, $16,8 \pm 1,19\%$ da gipertoniya, $12,7 \pm 1,06\%$ da nafas yo'llari surunkali kasalliklari, $1,6 \pm 0,4\%$ da onkologik kasalliklar, $3,5 \pm 0,58\%$ da anemiya, $21,8 \pm 1,32\%$ da yurak ishemik kasalligi (YuIK), stenokardiya, qon-tomir kasalliklari, $14,3 \pm 0,73\%$ da boshqa kasalliklar surunkali kasalliklari bor sifatida qayd etilgan. Ushbu bemorlarda o'rtacha davolanish muddati COVID-19 kasalligi YuIK, stenokardiya va gipertoniya kasalligi birga qayd etilganda $18,5 \pm 0,36$ kunni, YuIK va semizlikda $16,2 \pm 0,37$ kunni, YuIK va qandli diabetda $18 \pm 0,24$ kunni tashkil qilgan.

Xulosa. Surunkali kasalligi bor bemorlar COVID-19 kasalligiga chalinish extimoli yuqori bo'lmoqda ($52,3 \pm 1,15\%$), ularning orasida ayniqsa qandli diabet, gipertoniya kasalligi, nafas azolari surunkali kasalliklari va YuIK yuqori ulushlarni tashkil qilayotgan bo'lsa ($72,2 \pm 1,03\%$), bu kasalliklar bilan kasallangan bemorlar COVID-19 kasalligini ham og'ir va o'ta og'ir darajada o'tkazishmoqda. Xulosa qilib aytganda yurtimizda bemorlarning kasalxonalarda davolanish muddati surunkali kasalliklari bor bemorlarda $12,3 \pm 0,17$ kunni, surunkali kasalliklari yo'q bemorlarda $9,5 \pm 0,15$ kunni, o'rtacha davolanish kuni esa $10,4 \pm 0,14$ kunni tashkil qilmoqda.

МЕХАНИЗМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АНГИИТАМИ КОЖИ И АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Пақирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Фозилов Ф.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Проблема терапии больных аутоиммунными дерматозами является достаточно актуальной, что связано со значительным распространением и тяжёлым течением дерматоза. Особенно широко разрабатываются не медикаментозные методы терапии, так как лекарственные средства далеко не всегда эффективны и их назначение сопряжено подчас с различными побочными действиями и осложнениями, порой весьма тяжёлыми. Одним из таких воздействий является лазерная терапия (рис. 1).

Лазерная терапия всё шире внедряется в клиническую практику, так как является относительно безопасным и довольно действенным методом лечения. В последние годы использование лазерной терапии в терапевтических целях находит всё большее применение при многих патологических состояниях. Основной задачей лазерной терапии является модулирование адренергических и холинергических механизмов регуляции метаболических и энергетических процессов (1.2.3.4.5).



Рис. 1. Лазерная терапия

Цель исследования - является изучение механизма терапевтического действия лазерной терапии на иммунологические показатели у больных ангиитами кожи и артропатической формы псориаза

Материалы и методы исследования. Целью данной работы является изучение эффективности лазерной терапии у больных ангиитами кожи и артропатической формы псориаза с учётом изменений некоторых параметров иммунной системы.

Под наблюдением находились 30 больных. Из них ангиитами кожи страдал 15 пациентов (8 – мужчин и 7 – женщин, в возрасте от 20 до 50 лет), ангиитами кожи – 15 пациентов (10 – мужчин и 5 – женщин, в возрасте от 19 до 45 лет).

Заболевания отличались очагами поражения, длительным и упорным течением, стойкостью к проводимой ранее терапии, в том числе у ряда больных к кортикостероидным гормонам, цитостатикам.

У больных ангиитами кожи (таблица № 1, рисунок № 2) и артропатической формы псориаза (таблица № 2, рисунок № 3) был выбран режим лазерной терапии.

Таблица № 1. Режимы облучения лечебных зон при лечении ангииты кожи

Зона облучения	Терминал	Частота, Гц	Мощность светодиодов, мВт (лазеров, Вт)	Насадка	Экспозиция, минуты
Кожа, зона поражения	КТЗ-4	1500-5000	50	№ 7/МН	4-10
Эпигастральная область	ОТ2-3	600	40	№ 7/МН	4-5
Позвоночник, L2-S1	МТ	150-300	30 (50-60)	БН	3-6

Продолжительность курсовой низкоинтенсивной лазерной терапии (НИЛТ) – не менее 12-14 процедур.

Таблица № 2. Режимы облучения лечебных зон при лечении артропатической формы псориаза

Зона облучения	Терминал	Частота, Гц	Мощность светодиодов, мВт (лазеров, Вт)	Насадка	Экспозиция, минуты
Надвенное лазерное облучение	КТ1	1500	30	№ 7	4-6
Псориатические очаги	КТ1	1500-5000	50	№ 7/МН	4-6
Позвоночник, Th1-Th2	МТ	150-300	40 (25-30)	БН	2-4

Длительность курсовой лазерной терапии (ЛТ) – не менее 12-14 процедур.

Продолжительность процедур лазерной терапии составляло около 34 минут. Процедуры проводились ежедневно, за исключением воскресенья. Частота и количество процедур определяли динамикой клинической эффективности и составили от 12 до 14 процедур лазерной терапии.

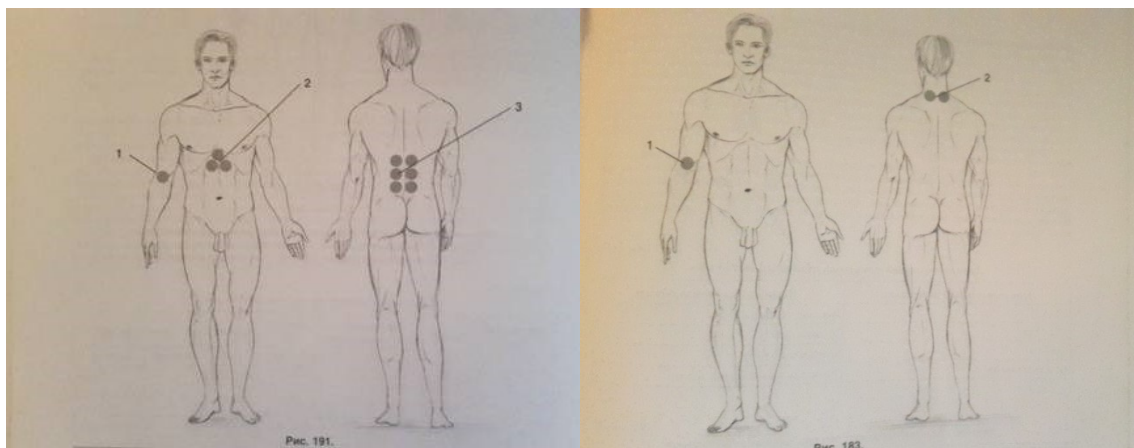


Рис. № 2

Рис. № 3

Дополнительно больные получали: Местно больные ангиитами кожи смазывали – мазь

Больные артропатической формы псориаза получали препарат Лефно по 1 таблетке 3 раза в день, на курс лечения 14 дней. Наружно смазывали – мазь чистотель.

Уровень IgE определяли с помощью иммуноферментного метода. В контроле, полученном на 10 донорах, уровень IgE не превышал 120 МЕ/мл. Этот метод разработан фирмой «АВБОТТ» (США) и основан на способе экзиматического иммунологического связывания на твёрдой фазе для определения IgE.

Обсуждение полученных результатов

Положительная динамика на фоне проведения лазерной терапии была отмечена у всех пациентов. Больным ангиитами кожи лечение лазерной терапии назначалось при развитии резистентности к стандартной терапии кортикостероидными препаратами. В процессе лечения методом лазерной терапии нами было выявлено эффективность кожного процесса – уменьшились субъективные болевые ощущения, высыпания бледнели, отмечалась эпителизация эрозий и язв. После 8-10 процедуры лазерной терапии было отмечено прекращение болевых ощущений, регресс геморрагических высыпаний, эпителизация эрозий и рубцевание язв.

В процессе лечения лазерной терапии у больных артропатической формы псориаза уже после 6-8 процедуры резко снижалась интенсивность зуда, уменьшились субъективные болевые ощущения в суставах, после 10-14 процедуры лазерной терапии рассосались псориазные высыпания, ликвидировались экссудативные компоненты и псориазные бляшки, было отмечено прекращение субъективных болевых ощущений в суставах.

Учитывая тот факт, что IgE играет существенную роль в патогенезе ангиитов кожи было целесообразно проследить за изменением его концентрации в крови у данной группы пациентов. IgE определялся в динамике 15 пациента ангиитов кожи.

До начала лазерной терапии у больных ангиитами кожи уровень IgE составил в среднем $518,9 \pm 30,5$ МЕ/мл, после окончания лечения лазерной терапии уровень IgE составил $479,8 \pm 24,3$ МЕ/мл. При повторении процедур лазерной терапии отмечалось у больных снижение концентрации уровня IgE до $157,1 \pm 7,3$ МЕ/мл.

До начала лазерной терапии у больных артропатической формы псориаза уровень IgE составил в среднем $597,7 \pm 25,8$ МЕ/мл, после окончания лечения лазерной терапии уровень IgE составил $193,5 \pm 19,7$ МЕ/мл.

Выводы: В результате проведенного исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Проведение процедур лазерной терапии показано больным ангиитами кожи, у которых кожный процесс сопровождается выраженными субъективными болевыми ощущениями, наличие эрозий и язв.

2. Проведение лазерной терапии показано больным артропатической формы псориаза, сопровождающим субъективными болевыми ощущениями в суставах, наличие псориазных высыпаний и бляшек.

3. Проведение лазерной терапии особо показано при формах дерматозов, сопровождающих изменением со стороны иммунной системы.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1) Буйлин В.А., Полонский А.К. Магнито-инфракрасно-лазерная терапия аппаратом «Милта-Ф-8-01» // М.: 2003.-160с.
- 2) Громов В.В., Абсатарова Н.Г., Кузьменко В.Г. Лазерная терапия в дерматологии. // Применение лазерного и узкополостного некогерентного излучения электромагнитного излучения в биофизике и медицине. Владивосток. ДВО АН СССР, 1988.-С. 56-64.
- 3) Малиновский Е.Л., Дунаев А.В. Использование оптических методов диагностики для контроля эффективности низкоинтенсивной лазерной терапии. // Российский вестник фотобиологии и фотомедицины. № 4, 2010.-С.49-71.
- 4) Малиновский Е.Л., Ульянова А.Е., Веселов А.А., Елисеев Н.П. Исследование сократительной способности мышечной ткани при воздействии импульсного инфракрасного излучения различной частоты. //Сб. ст. «Современная лазерная медицина. Теория и практика». Вып. 3. М., 2010.-С.19-22.
- 5) Landthaler M., Ulrich H., Hohenleutner S., Wimmershoff M., Hohenleutner U. Role of laser in dermatology-clinical aspects. //Dermatology. 2004; 208 (2): 129-134.

ПОКАЗАТЕЛИ IgE В СЫВОРТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Кучкаров А.А., Сайдуллаева К.М.

Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Проблема терапии больных аутоиммунными дерматозами является достаточно актуальной, что связано со значительным распространением и тяжёлым течением дерматоза. Особенно широко разрабатываются не медикаментозные методы терапии, так как лекарственные средства далеко не всегда эффективны и их назначение сопряжено подчас с различными побочными действиями и осложнениями, порой весьма тяжёлыми. Одним из таких воздействий является лазерная терапия (рис. 1).

Лазерная терапия всё шире внедряется в клиническую практику, так как является относительно безопасным и довольно действенным методом лечения. В последние годы использование лазерной терапии в терапевтических целях находит всё большее применение при многих патологических состояниях. Основной задачей лазерной терапии является модулирование адренергических и холинергических механизмов регуляции метаболических и энергетических процессов (1.2.3.4.5).



Рис. 1. Лазерная терапия

Цель исследования - является изучение механизма терапевтического действия лазерной терапии на иммунологические показатели у больных розацеа.

Материалы и методы исследования. Целью данной работы является изучение эффективности лазерной терапии у больных розацеа с учётом изменений некоторых параметров иммунной системы.

Под наблюдением находились 20 больных (6 – мужчин и 14 – женщин, в возрасте от 22 до 40 лет). Заболевания отличались очагами поражения, длительным и упорным течением, стойкостью к проводимой ранее терапии. У больных розацеа (таблица № 1) был выбран режим лазерной терапии.

Таблица № 1. Режимы облучения лечебных зон при лечении розацеа

Зона облучения	Терминал	Частота, Гц	Мощность светодиодов, мВт (лазеров, Вт)	Насадка	Экспозиция, минуты
Надвенное лазерное облучение	КТ1	1500	30	№ 7	4-6
Кожа, зона поражения	КТ1-2	1500	50	№ 7/МН	2-6

Продолжительность процедур лазерной терапии составляло около 2-6 минут. Процедуры проводились ежедневно, за исключением воскресенья. Частота и количество процедур определяли динамикой клинической эффективности и составили от 12 до 14 процедур лазерной терапии.

Дополнительно больные получали: Местно больные розацеа смазывали – мазь Розекс.

Уровень IgE определяли с помощью иммуноферментного метода. В контроле, полученном на 10 донорах, уровень IgE не превышал 120 МЕ/мл. Этот метод разработан фирмой «АВБОТТ» (США) и основан на способе экзиматического иммунологического связывания на твёрдой фазе для определения IgE.

Обсуждение полученных результатов. В процессе лечения лазерной терапии у больных Розацеа уже после 8-10 процедуры резко снижалась интенсивность зуда, уменьшение папулёзных элементов, после 10-14 процедуры лазерной терапии рассосались папулёзные высыпания, ликвидировались экссудативные компоненты, было отмечено прекращение субъективных ощущений.

Учитывая тот факт, что IgE играет существенную роль в патогенезе Розацеа было целесообразно проследить за изменением его концентрации в крови у данной группы пациентов. IgE определялся в динамике 20 пациента Розацеа.

До начала лазерной терапии у больных Розацеа уровень IgE составил в среднем $469,7 \pm 36,1$ МЕ/мл, после окончания лечения лазерной терапии уровень IgE составил $227,9 \pm 40,2$ МЕ/мл.

Выводы: В результате проведенного исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Проведение процедур лазерной терапии показано больным Розацеа, у которых кожный процесс сопровождается выраженными субъективными ощущениями, наличие папулёзных элементов и инфильтрации.

2. Проведение лазерной терапии особо показано у больных Розацеа, сопровождающих изменением со стороны иммунной системы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Буйлин В.А., Полонский А.К. Магнито-инфракрасно-лазерная терапия аппаратом «Милта-Ф-8-01» //М.:2003.-160с.
2. Громов В.В., Абсатарова Н.Г., Кузьменко В.Г. Лазерная терапия в дерматологии. // Применение лазерного и узкополостного некогерентного излучения электромагнитного излучения в биофизике и медицине. Владивосток. ДВО АН СССР, 1988.-С. 56-64.
3. Малиновский Е.Л., Дунаев А.В. Использование оптических методов диагностики для контроля эффективности низкоинтенсивной лазерной терапии. // Российский вестник фотобиологии и фотомедицины. № 4, 2010.-С.49-71.
4. Малиновский Е.Л., Ульянова А.Е., Веселов А.А., Елисеев Н.П. Исследование сократительной способности мышечной ткани при воздействии импульсного инфракрасного излучения различной частоты. //Сб. ст. «Современная лазерная медицина. Теория и практика». Вып. 3. М., 2010.-С.19-22.
5. Landthaler M., Ulrich H., Hohenleutner S., Wimmershoff M., Hohenleutner U. Role of laser in dermatology-clinical aspects. //Dermatology. 2004; 208 (2): 129-134.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ ИГЛОТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б., Пакирдинова Г.А., Рахимов Р.Н., Тухтасинов М.А.
Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан
Маргиланское городское медицинское объединение, Узбекистан

Введение. Проблема атопического дерматита (АД) приобретает все большее значение в современной медицине. Рост заболеваемости в последнее десятилетие. Хроническое, с частыми рецидивами, течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики сегодня ставят это заболевание в ряд наиболее актуальных проблем медицины. В связи с этим понятен большой интерес, который проявляется к немедикаментозным методам терапии (1,3,5,6,7). Одним из таких методов лечения является - иглотерапия (ИТ).

Важную роль в регуляции иммунобиологических и аллергических процессов играют нейроэндокринные механизмы, в том числе и гипофизарно-гонадная система, посредством которой реализуются многие защитно-приспособительные механизмы в условиях действия на организм различных аллергенов. В современной литературе практически отсутствуют сведения о состоянии репродуктивной эндокринной системы при АД у женщин, хотя связь заболевания с функциональным состоянием желез внутренней секреции не вызывает сомнений. Эта связь подтверждается как зависимостью течения заболевания от функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы (пубертатный возраст, менструации, беременность, роды и пр.).

Учитывая недостаточную эффективность многих современных методов лечения АД, актуальным является изыскание новых, патогенетически направленных методов терапии этого заболевания. Акупунктура, в основе лечебного действия которой лежат нейрорефлекторные механизмы, оказывает нормализующее влияние на центральную нервную систему и её вегетативное звено, на аллергические и иммунологические процессы (2,4), однако работ об использовании этого метода у больных АД мало.

Цель исследования - является изучение функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы на фоне иглотерапии.

Материалы и методы исследования. В разработку было включено 42 больных АД, в возрасте от 15 до 35 лет. У 20 больных было лихеноидная форма, среднетяжелая степень заболевания и 22- пруригипозная форма, тяжелая степень тяжести заболевания АД. Одновременно изучали функцию гипофизарно-яичниковой системы у 25 практически здоровых женщин того же возраста. О функциональном состоянии гипофизарно-яичниковой системы судили по содержанию в плазме крови в обеих фазах менструального цикла гипофизарных гормонов - лютеинизирующий гормон (ЛГ), фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), а также половых стероидных гормонов эстрадиола.

Определение содержания гонадотропных и женских половых стероидных гормонов – ФСГ, ЛГ и эстрадиола в плазме крови проводили радиоиммунологическим методом количественного определения гормонов-одним из наиболее чувствительных, специфических и универсальных. Чувствительность этого метода позволяет определить содержание гонадотропинов до 0,2 нг/мл. Этот метод предложен в 1960 г. R.S.Valow, S.A.Berson.

Результаты их обсуждения.

В период настоящего обследования все больные АД в динамике находились под наблюдением врача- гинеколога. Несмотря на выявленную зависимость течения АД от

функционального состояния репродуктивной системы лишь у 12 (28,5%) женщин при клиническом обследовании была обнаружена дисфункция яичников.

Для более объективной оценки функционального состояния гипотизарно-яичниковой системы при АД мы сочли необходимым отдельно проанализировать результаты содержания в крови гонадотропных и половых гормонов у 12 больных с клиническими проявлениями дисфункции яичников. В таблице 1-3 приведены результаты определения в плазме крови в обеих фазах менструального цикла ЛГ, ФСГ и эстрадиола у 30 женщин, страдающих АД (I группа) и у 12 больных АД с клиническими проявлениями дисфункции яичников (II группа) в зависимости от периода заболевания.

1. Лютеинизирующий гормон гипофиза (ЛГ). У всех больных в период обострения заболевания концентрация лютеинизирующего гормона гипофиза в плазме крови была достоверно снижена как в фолликулиновой ($P<0,05$), так и в лютеиновой ($P<0,05$) фазе менструального цикла. Степень снижения уровня ЛГ в плазме крови в обеих фазах менструального цикла у всех больных АД была примерно одинаковой (таблица №1).

Таблица № 1. Концентрация лютеинизирующего гормона гипофиза (мМЕ/мл) в плазме крови у больных АД ($M\pm m$)

Клиническая группа больных	Фаза менструального цикла			
	Фолликулиновая		Лютеиновая	
	Обострение	ремиссия	Обострение	ремиссия
I	$5,93\pm 0,42$ $P<0,001$	$9,77\pm 0,78$ $P<0,001$	$5,79\pm 0,52$ $P<0,01$	$8,33\pm 0,68$ $P<0,01$
II	$0,38\pm 0,62$ $P<0,05$	$8,13\pm 0,96$ $P<0,05$	$6,01\pm 0,78$ $P<0,05$	$7,84\pm 0,85$ $P<0,05$
Контрольная группа	$16,1\pm 4,8$ $P_1<0,05$ $P_2<0,05$	$16,1\pm 4,8$ $P_1>0,05$ $P_2>0,05$	$12,8\pm 2,9$ $P_1<0,05$ $P_2<0,05$	$12,8\pm 2,9$ $P_1>0,05$ $P_2>0,05$

Примечание: P- достоверность различий между показателями периода обострения и ремиссии АД; P_1 - достоверность различий между показателями I группы больных и контрольной группой; P_2 - достоверность различий между показателями II группы больных и контрольной группой.

В период ремиссии уровень ЛГ повышался, достигая нижней границы нормы. При этом у больных I группы степень его повышения по отношению к данным в период обострения заболевания была достоверно выше в обеих фазах менструального цикла.

2. Фолликулостимулирующий гормон гипофиза (ФСГ).

Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении АД у всех больных достоверно не отличалось от нормы. В период ремиссии наблюдалось увеличение концентрации ФСГ ($P<0,05$) по отношению к периоду обострения, однако его количество не выходило за пределы нормальных значений. В лютеиновой фазе уровень ФСГ в период обострения АД достоверно превышал норму, а в период ремиссии его концентрация ещё более возрастала ($P<0,001$). При этом существенной разницы в содержании ФСГ у больных групп обнаружено не было (таблица №2).

Таблица № 2. Концентрация фолликулостимулирующего гормона (мМЕ/мл) в плазме крови у больных АД ($M\pm m$)

Клиническая группа больных	Фаза менструального цикла			
	Фолликулиновая		Лютеиновая	
	Обострение	ремиссия	Обострение	ремиссия
I	18,25±1,39 $P<0,05$	22,01±1,42 $P<0,05$	11,60±0,84 $P>0,05$	13,36±0,75 $P>0,05$
II	18,77±2,09 $P>0,05$	22,58±3,75 $P<0,05$	10,68±0,73 $P>0,05$	15,26±1,77 $P>0,05$
Контрольная группа	14,2±5,1 $P_1>0,05$ $P_2>0,05$	14,2±5,1 $P_1>0,05$ $P_2>0,05$	7,5±1,5 $P_1<0,05$ $P_2<0,05$	7,5±1,5 $P_1<0,01$ $P_2<0,01$

Примечание: P- достоверность различий между показателями периода обострения и ремиссии АД; P_1 - достоверность различий между показателями I группы больных и контрольной группой; P_2 - достоверность различий между показателями II группы больных и контрольной группой.

3. Эстрадиол. Содержание эстрадиола в плазме крови у всех больных АД было значительно снижено в обеих фазах менструального цикла. Наибольшая степень его снижения отмечалась при обострении заболевания. При этом наименьшее содержание эстрадиола - в фолликулиновой и лютеиновой фазах- наблюдалось у женщин с сопутствующей дисфункцией яичников.

В период ремиссии заболевания у всех больных достоверно возрастала концентрация эстрадиола по сравнению с данными в период обострения (таблица №3).

Таблица № 3. Концентрация эстрадиола (моль/л) в плазме крови у больных АД ($M\pm m$)

Клиническая группа больных	Фаза менструального цикла			
	Фолликулиновая		Лютеиновая	
	Обострение	ремиссия	Обострение	ремиссия

I	0,12±0,01 P>0,05	0,17±0,01 P>0,05	0,28±0,04 P<0,05	0,36±0,03 P<0,05
II	0,09±0,01 P>0,05 P ₁₋₂ < 0,05	0,13±0,03 P>0,05 P ₁₋₂ >0,05	0,13±0,01 P>0,05 P ₁₋₂ <0,001	0,20±0,06 P>0,05 P ₁₋₂ <0,05
Контрольная группа	0.32±0.02 P ₁ <0.001 P ₂ <0,001	0.32±0.02 P ₁ <0.001 P ₂ <0,001	0.62±0.02 P ₁ <0.001 P ₂ <0,001	0.62±0.02 P ₁ <0.001 P ₂ <0,001

Примечание: P- достоверность различий между показателями периода обострения и ремиссии АД; P₁- достоверность различий между показателями I группы больных и контрольной группой; P₂- достоверность различий между показателями II группы больных и контрольной группой, P₁₋₂ – достоверность различий между показателями I – II групп больных.

В результате проведенных исследований было выявлено, что у всех больных в период обострения АД фолликулиновая фаза менструального цикла характеризуется низким содержанием в крови ЛГ, эстрадиола, лютеиновая-низкой концентрацией ЛГ. В период ремиссии заболевания у всех больных в фолликулиновой фазе менструального цикла сохранялась выраженная гипоестрогения.

Полученные данные свидетельствуют о наличии у больных АД дисфункции гипоталамико-яичниковой системы, проявляющиеся недостаточностью фолликулярного аппарата яичников, а также лютеиновой их недостаточностью. В обеих фазах менструального цикла отмечена недостаточность регулярных механизмов стероидогенеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Б.А.Задорожий. Криотерапия в дерматологии.- Киев, 1985
- 2.Беренбейн Б.А.Изменение некоторых физиологических и биохимических показателей у больных экземой и нейродермитом под влиянием рефлекторной терапии. Автореф.дис.. канд.мед.наук.-М.1965- 19 с.
- 3.И.В.Кошелева О.Л.Иванов, А.Г.Куликов и др. Озонотерапия как метод коррекции микроциркуляторных нарушений кожи у больных экземой. //Российский журнал кожных и венерических болезней.- М. – 2003. - №2. с. 35-45
- 4.Мавров И.И. и др. К вопросу о применении рефлексотерапии в дерматологии.- В кн: тезисы докл. 4-го Респ.съезда дерматовенерологов. Украины. Харьков 1988. с. 142-143
- 5.Г.Н.Тарасенко, Ю.Г.Тарасенко, И.В.Патронов, Ю.В.Кузьмина. К вопросу о терапии розацеа жидким азотом. // Российский журнал кожных и венерических болезней.- М.- 2003- №2. С. 58-60.

6.Т.У.Улугходжаев. Реабилитация детей и подростков с хроническими дерматозами при комплексном применении курортных факторов.- Т.Автореф. док.мед.наук. 2006

7.Bocci V., Valacchi G., Rossi R. et all. // Platelets.- 1999.- vol 10, № 2-3 P. 110-116

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ РАСПРОСТРАНЁННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

Пакирдинова Г.А., Пакирдинова С.А., Тухтасинов М.А., Рахимов Р.Н.

Маргиланское городское медицинское объединение, Узбекистан

Аннотация. Красный плоский лишай является в дерматологии актуальной проблемой, которая связано с наличием тяжело протекающих форм красного плоского лишая, особенно со своим хроническим течением. Возможно опухолевой трансформацией очагов поражения, которая трудно диагностируется с атипичными клиническими формами красного плоского лишая.

Ключевые слова: красный плоский лишай, низкоинтенсивная лазерная терапия, иммуногенетические показатели.

Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) является в дерматологии актуальной проблемой, которая связано с наличием тяжело протекающих форм красного плоского лишая, особенно с своим хроническим течением. Возможно опухолевой трансформацией очагов поражения, которая трудно диагностируется с атипичными клиническими формами красного плоского лишая [4, 5, 6, 9, 10, 12,]. Недостаточным эффектом от применяемой ранее стандартной терапии, которая требует необходимо новые методы нелекарственной терапии [1, 2, 3, 7, 8, 11]. Одним из таких методов является низкоинтенсивная лазерная терапия с использованием терапевтического аппарата серии «МИЛТА-Ф-8-01».

Клиническое наблюдение

Больной А., 1982 года рождения, обратился на кафедру Андиганского Государственного медицинского института заведующему кафедры, профессору А.Б. Пакирдинову, где после консилиума кафедры направлен на стационарное лечение во второе кожное отделение Андиганского Областного кожно – венерологического диспансера с жалобами на высыпания на коже верхних и нижних конечностей и

периодическими беспокойствами на интенсивный кожный зуд. Считает себя больным в течение 1 года, когда на коже передней поверхности голеней появились высыпания. Своё заболевание ни с чем не связывает. Наследственность не отягощена. Самостоятельно лечился по советам друзей, к врачу дерматологу не обращался. Через некоторое время количество высыпаний начало увеличиваться: появились новые элементы сыпи на коже верхних и нижних конечностей. Лечился амбулаторно по месту жительства: местно смазывал мазью гидрокортизоном, принимал внутрь диазолин, витамины, в/в Тиосульфат натрия 30%, антибиотики (Аугментин-1000), улучшение было незначительное. Последнее обострение отмечает в течение 1 мес., когда заметил появление новых высыпаний на коже бедер, предплечий. Обратился к дерматологу по месту жительства, где был направлен для консультации на кафедру дерматовенерологии Андижанского Государственного медицинского института.

Анамнез жизни: Место жительства Андижанская область. Образование: среднее специальное. Венерические болезни, ВИЧ-инфекцию, онкологические заболевания, туберкулез, ранее перенесенные инфекционные заболевания отрицает. Лекарственной непереносимости нет. Перенесенные заболевания: частые острые респираторные заболевания, ангина. Наследственность не отягощена. Травмы, операции аппендэктомия. Вредные привычки курит, пьёт редко по праздникам.

Общий осмотр: Состояние удовлетворительное, сознание ясное. При осмотре методами аускультации, пальпации и перкуссии: внутренние органы без особенностей. ЧСС 72 уд./мин. АД 125/75 мм рт. ст. Стул в норме, регулярный.

Локальный статус:

Кожно - патологический процесс носит распространенный характер, располагаясь симметрично, течение хроническое в стадии обострения. Локализуется на коже верхних конечностей (в области плеч, предплечий), нижних конечностей (в области бедер, голеней, лодыжек, тыльной поверхности стоп). Представлен множественными папулезными элементами розового цвета с фиолетовым оттенком, диаметром 0,3–0,6 см, полигональной формы, с пупковидным вдавлением в центре. Некоторые папулы сливаются, образуя кольца с незначительным западением в центре диаметром до 2,0 см (фото. 1-2). При боковом освещении имеется восковидный блеск. Симптом сетки Уикхема - положительный. При пальпации периферические лимфатические узлы не увеличены.



Фото.1



Фото. 2

Данные проведенных исследований:

Клинический анализ крови: лейкоциты $3,3 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты $4,62 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 140 г/л; тромбоциты $337 \times 10^9/\text{л}$; скорость оседания эритроцитов 6 мм/ч; эозинофилы 2%; лимфоциты $1,0 \times 10^9/\text{л}$. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная; белок 0,017 г/л; удельный вес 1,025; глюкоза: отрицательно; pH 6,5; лейкоциты, эритроциты не обнаружены. Биохимический анализ крови: холестерин 5,03 ммоль/л; билирубин общий 10,9 нмоль/л, глюкоза 6,0 ммоль/л. УЗИ органов брюшной полости от 20.02.2019: перегиб желчного пузыря. В лаборатории клиники Андижанского Областного онкологического диспансера проведены анализ биопсии кожи больного: эпидермис неравномерной толщины, очаговый гиперкератоз, очаговый гипергранулез, очаги вакуольной дегенерации. В дерме набухание коллагеновых волокон, сосуды спавшиеся. В поверхностных слоях дермы полосовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат.

Лечение: Больному А., 1982 года рождения нами было назначено в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи при Красным плоским лишаём. Назначена Низкоинтенсивная лазерная терапия (фото № 1).



Фото № 1. Лазерный аппарат «МИЛТА-Ф-8-01»

Задачей низкоинтенсивной терапии входят ликвидация на локальном уровне участка поражения и на общем уровне: модуляция активности иммунной системы, повышение детоксикационной активности печени, ликвидация энергетической задолженности организма.

Последняя задача реализуется посредством проведения НИЛТ по методу ИДЛТ.

В план лечебных мероприятий входит облучение зоны поражения, активация сегментарной иннервации в зонах, соответствующих уровню поражения, воздействие на проекционную зону тимуса, облучения крови по методу ВЛОК и НЛОК, облучение печени в проекции её нижнего края и облучение проекционной зоны селезёнки (таб.№ 1).

**Таблица № 1. Режимы облучения лечебных зон при лечении
красного плоского лишая**

Зона облучения	Терминал	Частота Гц	Мощность светодиодов, мВт (лазеров, Вт)	Насадка	Экспозици я мин.
Кожа, зона поражения	КТ1-2	1500	50	№ 7/МН	4-10
ВЛОК	ДТ-ВЛОК	-	1,5 Вт	КИВЛ-01	20-30
НЛОК локтевых сосудов	КТ1	1500	30	№ 7	4-6
Проекция нижнего края печени	ОТ3-5	1500	40	№ 7/МН	4-6
Проекция селезёнки	ОТ2-4	600	30	№ 7/МН	4
Область тимуса	ОТ1	150-300	30	№ 7/МН	2-4
Позвоночник, область сегментарной иннервации	МТ	150-300	40 (30-60)	БН	2-4

Продолжительность лечения в стационаре - 14 дней. Больной выписан с полным разрешением элементов, местами оставшейся гиперпигментацией под диспансерное наблюдение дерматовенеролога по месту жительства.

Заключение

Описанный клинический случай демонстрирует редко встречающуюся форму КПЛ с распространенной локализацией без поражения половых органов. Это обусловлено тем, что наиболее распространенной является папулезная форма. Несмотря на многообразие клинических форм, вариантов течения и синдромов КПЛ, диагностика этого заболевания не представляет больших затруднений, т. к. почти всегда удастся обнаружить типичные папулезные элементы полигональной формы с характерным цветом, гладкой поверхностью, пупкообразным вдавлением, поперечной исчерченностью - сеткой Уикхема. Часто рецидивирующее течение может приводить к снижению качества жизни и депрессии. Однако при данной клинической картине диагноз может быть поставлен при сопоставлении анамнестических, клинических и гистологических данных исследования. Особенно важна корректировка лечебно-диагностических мероприятий. Необходимо обращать внимание на предшествующее лечение и переносимость лекарственных веществ. Надеемся, что представленный клинический случай поможет акцентировать внимание дерматовенерологов на клинической и патоморфологической картине КПЛ и, следовательно, будет способствовать установлению правильного диагноза, определению тактики лечения.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Аксёновский А.В. (2007). Формирование устойчивости и лежкоспособности плодов яблони при использовании инфракрасного лазерного излучения. Автореф. Дисс. ... к.м.н., Мичуринск, 25 с.
2. Буйлин Г.В., Полонский А.К. (2003). Магнито-инфракрасно-лазерная терапия аппаратом "МИЛТА-Ф-8-01". 85 с.
3. Громов В.В., Абсатарова Н.Г., Кузьменко В.Г. (1988). Лазерная терапия в дерматологии. Владивосток. ДВО АН СССР. С. 56-64.
4. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. (1998). Клиника, иммунопатогенез и терапия красного плоского лишая. РМЖ. 6, 348–350.
5. Захур И.И. и др. (2018). Характер распределения антигенов HLA I класса у пациентов с красным плоским лишаем. Вятский медицинский вестник. 4, 7–11.
6. Захур И.И. и др. (2019). Характер распределения антигенов HLA II класса у пациентов с красным плоским лишаем. Вятский медицинский вестник. 1, 38–42.

7. Малиновский Е.Л., Дунаев А.В. (2010). Использование оптических методов диагностики для контроля эффективности низкоинтенсивной лазерной терапии. Российский вестник фотобиологии и фотомедицины. № 4, с. 49-74.

8. Малиновский Е.Л. (2010). К вопросу о продолжительности курса лазерной терапии. Российский вестник фотобиологии и фотомедицины. № 3, с. 63-79.

9. Снарская Е.С., Проскурина Н.В., Бобров М.А. и др. (2013). Клинико-морфологические особенности пигментной формы красного плоского лишая. Российский журнал кожных и венерических болезней. 5, 40–43.

10. Adamo D., Ruoppo E., Leuci S. et al. (2014) Sleep disturbances, anxiety and depression in patients with oral lichen planus: a case-control study. J Eur Acad Dermatol Venereol.

11. Landthaler M., Ulrich H., Hohenleutner S., Wimmershoff M. (2004). Role of laser therapy in dermatology – clinical aspects. 208 (2):129-134.

12. Manolache L., Secoleanu-Petrescu D., Benea V. (2008) Lichen planus patients and stressful events. J EurAcadDermatolVenereol. 22, 437–441.

ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Абдужабборов Т.К., Сайдуллаева К.М.

Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Фиксированная эритема являются разновидностью токсико-аллергического дерматита [1-6]. По данным литературы, причиной развития фиксированной токсикодермии служат пирозолоновые препараты (антипирин, анальгин, амидоприн), сульфаниламиды, барбитураты, салицилаты, антибиотики, фенофталин, хлоралгидрат, хинин, йод, мышьяк, висмут, антигистаминные и другие препараты (Королев Ю.Ф. и соавторы, 1978 г). Клиника сульфаниламидной токсикодермии характеризуется с появлением одного и нескольких округлыми ярко-красными крупными пятнами (диаметр 2-5 см) центре приобретают синюшный оттенок, а после исчезновения воспалительных явлений остается стойкая пигментация своеобразного аспидно-коричневого цвета. На фоне пятен нередко образуются пузыри. При клиническом течении характерным является те признаки, которые при повторном приеме лекарственного препарата рецидивирует на тех местах всё более усиливая пигментацию, распространяясь на другие участки кожного

покрова [6]. Излюбленная локализация - фиксированной токсикодермии - половые органы и слизистая оболочки рта [1-6]. В последнее годы в фармацевтической промышленности выпускаются новые лекарственные препараты сульфаниламидного ряда (гросептол, клотримаксазол), а также противокашлевые средства (доктор Мом и др.). При применении выше указанных новых лекарственных препаратов иногда могут наблюдаться фиксированные токсикодермии.

Нами было наблюждено и проведено лечение двух больных фиксированной эритемой после приема – ПАПАЯ.

Приводим наши наблюдения:

1) Больная К.Р.1982 г.р., житель Жалакудукского района. Больная по поводу соли в почках, принимала папая по 1 таблетки 2 раза в сутки спустя. 2-3 дня на коже спина и бедро появились эритема, гиперемия с четкими границами и жжения в очаге поражения. Обратилась Жалакудукский кожно-венерологический кабинет и врачом был установлен предварительный диагноз «Аллергическое дерматит» (фото 1, 2). Для установления точного диагноза и лечения больная была направлена на кафедру дерматовенерология Анд.ГосМИ.

В анамнезе было установлено, что больная в 13 летнем возрасте перенесла острый аппендицит и была прооперирована. Аллергические реакции на лекарственные препараты не отмечался. При осмотре кожно-патологический процесс носит ограниченный характер, локализуется на груди боковой части живота, и бёдер. В очагах поражений наблюдаются эритемы с четкими границами ярко-красного цвета, размером ладонью взрослого человека. На поверхности эритем локализуется в центре очага поражений отмечается синюшной оттенок.

Лабораторные анализы.

Общий анализ крови: Гемоглобин – 98 г/л, эритроциты - $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, ц.п. - 0,9, лейкоциты - $8,0 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы -10%, палочки - 3%, сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 26%, моноциты - 3%, СОЭ – 5 мм /ч. Общий анализ мочи: цвет - соломенной желтый, белок – abs., плотность - 1020, Анализ кала – яйцо глистов не найдено. Кровь на КСР отрицательный. Больной была поставлена клинический диагноз: «Фиксированная эритема».

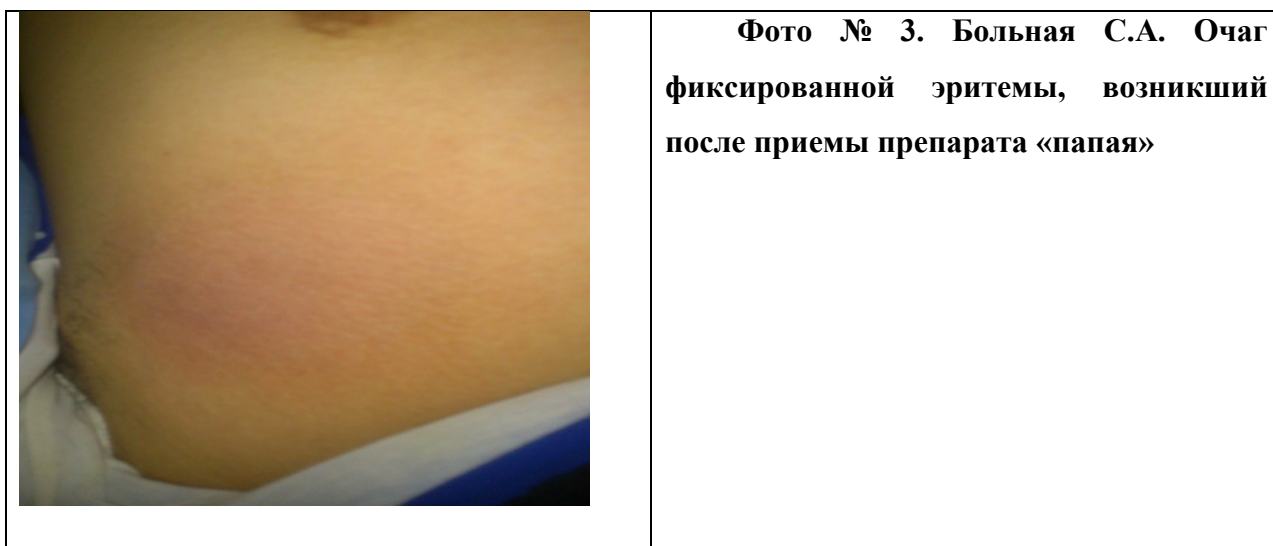
Больная получала стационарное лечение 30% раствор тиосульфата натрия в/в по 10,0 мл через день №10, лорд 00,1 раз в день, 5%-раствор аскорбиновой кислоты по 2,0 мл внутримышечно, ежедневно №10, презоцил по одному порошку 3 раза в день в течение 10 дней. Назначена молочно-растительная диета. Местно применяли гепариновую мазь с дермовайтом 2 раза в день смазывать очаги поражения с тонким

слоем. После лечения кожный патологический процесс постепенно стало улучшаться, эритемы стали рассасываться, эрозии покрывались эпителием, и на месте очагов образовались вторичные пятна. Больная была выписана из стационара с клиническим выздоровлением на диспансерное наблюдение.

II) Больная Б.К., 1969 года рождения уроженец города Андижана, была направлена из диспансерного отделения Андижанского областного кожно-венерологического диспансера в кафедру дерматовенерологии на консультацию. Жалобы больного на высыпания после приема папая на коже живота и левой ладони, который был назначен врачом поликлиники по поводу соли почках. В анамнезе 14-летнем возрасте перенесла «Острый гастрит». Аллергические реакции к лекарственным препаратам не отмечался. Замужем с 18 лет, имеет 3 детей (фото 3).

При осмотре: Кожный патологический процесс носит локальный характер, высыпания локализуется на коже левой подвздошной области и наружной поверхности левой ладони, в очагах поражений имеются эритемы с размером 15х12 см и 11х10см с четкими границами застойно-красного цвета с синюшным оттенком в центре. На поверхности эритемы имеются пузырьки размером просяного зерна с напряженной покрывкой и серозным содержимым. Также отмечается отечность и инфильтрация (Фото № 1,2,3).

	
Фото № 1. Больная Б.К. Очаг фиксированной эритемы, возникший после приема препарата «папая»	Фото № 2. Больная К.Р. Очаг фиксированной эритемы, возникший после приёма препарата «папая»



Лабораторные анализы. Общий анализ крови: Гемоглобин – 96 г/л, эритроциты - $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, Цветной показатель - 0,8, лейкоциты - $7,2 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы-11%, палочкоядерные – 2 %, сегменты - 57%, лимфоциты - 27%, моноциты - 2%, СОЭ 8 мм/ч. Общий анализ моча: цвет - соломенной желтый, белок – следы белков, плотность – 1018. Анализ кала: яйцо глистов не найдено. Кровь на КСР - отрицательный. В стационаре больной была установлена клинический диагноз «Фиксированная эритема (фиксированная пятнистая токсикодермия)». Больная получала следующее лечение: 10% - раствор глюконата кальция 10,0 мл в/в, ежедневно №10, таблетки: аналергин по 10 мг на ночь, аскорутин 0,05 по 1 таблетки 3 раза в день, растительная диета, местно гидрокортизоновая мазь 2 раза в день. После проведенной лечения кожный патологический процесс улучшился, и больная была выписана на диспансерное наблюдение.

Таким образом, лекарственные препараты папая вызывают фиксированную эритему, что необходимо соблюдать меры осторожности врачам всех специальностей при назначении этих лекарств.

Литература:

1. Арифов С.С. Атлас «Клиническая дерматология и венерология. Ташкент. 2008 г.
2. Арифов С.С "Тери ва таносил касалликлари", Шифокорлар учун кулланма. Тошкент, 2010.
3. Ваисов А.Ш. "Тери ва таносил касалликлари", Тошкент, 2004.
4. Зверькова Ф.А. Вопросы детской дерматовенерологии. Ленинград. 1983. –с. 46-54.

5. Салимов С.С., Муратханова Д.А., Салиев Н.Н. и соавт. «О лекарственных дерматитах» // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2004, - № 4, - с. 60-62.

6. Скрипкин Ю.К., Мордовцев Н. Кожные и венерологические болезни. (Руководство для практических врачей). - Медицина. – 1999. - с. 664-677.

ПЕРЕКРЕСТ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И НЕИССЛЕДОВАННОЙ ДИСПЕПСИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Поветкина В.В., Полянская П.А., Левченко Е.В.

Многопрофильное медицинское учреждение «Клиника Эксперт», Россия

Курский государственный медицинский университет, Россия

Синдром перекреста функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) привлекает в последнее время огромное внимание. Функциональная диспепсия может рассматриваться как аналог синдрома раздраженного толстого кишечника (СРК). СРК – очень распространенный синдром в последнее время. Он проявляется в нарушениях стула, неприятных ощущениях в области живота, повышенном газообразовании. Но при обследовании обнаруживается, что никаких патологических изменений в органах нет. Как правило, это и есть психосоматика.

Несмотря на то, что синдром раздраженного кишечника не является прогрессирующим заболеванием и не приводит к летальному исходу, качество жизни людей с СРК значительно снижается. Он прекрасно знаком студентам, особенно тем, для кого очень важна учеба, и каждая нежелательная оценка «нависает» тяжким грузом. Это объясняет, почему у 60% больных с диагнозом СРК присутствуют признаки депрессии. «Синдром перекреста» – сочетание заболеваний одного или нескольких органов с общими механизмами патогенеза (доказанными или предполагаемыми). Проблема сочетанной патологии приобретает важный медико-социальный аспект, особенно среди молодежи.

Постоянные усовершенствования и коррективы диагностических критериев функциональных расстройств отражают углубление наших знаний в этой области с попыткой создать систему, позволяющую сократить объем диагностических исследований у данной группы пациентов и подтвердить функциональную патологию только на основании выявления конкретных симптомов и результатов необходимых исследований. Перекрестный синдром требует особого, взвешенного подхода к обследованию пациентов во избежание полипрагмазии. Высокая распространенность в клинической практике

синдрома перекреста функциональных заболеваний может быть объяснена с позиций рассмотрения патофизиологических механизмов, являющихся общими для функциональных заболеваний пищеварительного тракта. Генетические и средовые факторы, в том числе психосоциальные факторы (восприимчивость к стрессам, психологическое состояние, социальная поддержка), посредством центральной и вегетативной нервной системы формируют изменения физиологии пищеварительной системы – висцеральную гиперчувствительность, нарушения моторики.

Цель исследования: изучить перекрест СРК и неисследованной диспепсии у студентов медицинского университета.

Работу проводили на базе многопрофильной клиники «Эксперт» г. Курска. Были проинтервьюированы и прошли клинический осмотр 146 студентов пятого курса медицинского университета: 47 мужчин и 99 женщин, средний возраст – 22 года

Результаты клинического осмотра и интервьюирования регистрировались в стандартном опроснике. С учетом того что эндоскопическое обследование пациентов не применялось, мы рассматривали диспепсический синдром как «неисследованную диспепсию». Диспепсию определяли в соответствии с рекомендациями Римских критериев IV. Под неисследованной диспепсией понимали возникновение в течение последних 3 месяцев клинических симптомов в эпигастральной области с дебютом не менее чем за 6 месяцев до постановки диагноза. Дополнительно проводили оценку психологического статуса, выявляли уровень депрессии и тревожности.

Каждый участник подписывал форму информированного согласия на обследование согласно Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации, регламентирующей проведение научных исследований.

Результаты работы оценивали в соответствии с общепринятыми методами статистического анализа. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере при помощи пакета прикладных программ Statistica (версия 12.0) и Microsoft Excel (версия 14.0). Для анализа статистической значимости различий качественных признаков использовался критерий χ^2 . Статистически значимыми считались различия при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Распространенность СРК в среди студентов пятого курса медицинского университета составила 10,3% (18,5% у мужчин и 12,9% у женщин; $p < 0,001$). Неисследованную диспепсию выявляли у 16,1% обследованных лиц (14,4% у мужчин и 23,5% у женщин $p < 0,001$). Перекрест СРК и неисследованной диспепсии отмечали у 4,8% лиц в обследованной группе (у 2,6% мужчин и у 7,8% женщин; $p <$

0,001). У больных с СРК частота перекреста изучаемых функциональных расстройств достигала 44,4%.

Выводы. Соблюдение алгоритма обследования больных с синдромом диспепсии позволяет повысить точность диагностики СРК. Факторами риска синдрома перекреста в нашей работе был женский пол ($p = 0,007$). Таким образом, полученные результаты могут быть полезны для дальнейшего развития диагностических научных разработок и совершенствования лечебно-профилактической помощи населению.

Литература

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Лапина Т.Л., Трухманов А.С., Картавенко И.М. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017;27(1):50–61.
2. Лапина Т.Л.// Клиническая фармакология и терапия. — 2002. — Т. 11, №2. — С. 54-57.
3. Цуканов В.В., Васютин А.В., Тонких Ю.Л. Распространенность, факторы риска и этнические особенно- 29 www.gastro-j.ru Оригинальные исследования / Original articles Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2021; 31(4) / Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol 2021; 31(4) сти неисследованной диспепсии. Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2020;4(5):263–67. Tsukanov V.V., Vasyutin A.V., Tonkikh J.L. Prevalence, risk factors, and ethnic characteristics of uninvestigated dyspepsia. Russkiy meditsinskiy zhurnal. Meditsinskoye obozreniye. 2020;4(5):263–67 (In Russ.)). DOI: 10.32364/2587-6821-2020-4-5-263-2601

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КОРРЕКЦИЮ РИГИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Понкратов В.И., Мещерина Н.С.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из ведущих причин смертности в мире; ежегодно регистрируется 17,5 млн летальных исходов, при этом считается, что большинство из подобных случаев являются потенциально обратимыми. При этом результаты ряда исследований свидетельствуют о достаточно высокой распространенности ССЗ у пациентов с ревматоидным артритом (РА). Установлено, что

ишемическая болезнь сердца (ИБС) и нарушения мозгового кровообращения обуславливают примерно 50% избыточной смертности при РА. Для повышения точности расчетов кардиоваскулярного риска (КВР) и прогнозирования будущих сердечно-сосудистых осложнений у конкретного пациента предлагается внедрить оценки доклинических поражений сосудов при помощи анализа показателей эндотелиальной дисфункции и артериальной ригидности. Это обеспечит адекватную стратификацию КВР и максимально раннее начало терапевтических и профилактических вмешательств. Особый интерес в актуальной клинической практике представляет анализ изменений маркеров субклинического атеросклероза на фоне базисной противовоспалительной терапии РА, в частности синтетического базисного противовоспалительного препарата (БПВП) лефлуномида и нового класса таргетных синтетических препаратов – ингибиторов Янус-киназы (Тофацитиниб).

Цель – определение влияния лефлуномида и тофацитиниба на параметры функционального состояния эндотелия и жесткости сосудистой стенки у пациентов с РА.

Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с РА, верифицированным в соответствии с классификационными критериями ACR/EULAR 2010 г., без сопутствующей кардиоваскулярной патологии, из них 35 женщин и 17 мужчин (средний возраст больных – 41,8 лет, средняя длительность болезни – 62 месяца) со средней и высокой активностью заболевания (по индексу DAS28) на протяжении более 3 месяцев. Пациенты были рандомизированы в 2 группы терапии, сопоставимых по клинικο-лабораторным характеристикам (по 26 больных в каждой): в 1 группе пациентам назначался тофацитиниб в дозе 10 мг/сут, во второй – лефлуномид в дозе 20 мг/сут; продолжительность курса составила 12 месяцев. С целью контроля активности заболевания и мониторинга возможных нежелательных явлений у пациентов проводились анализы на С-реактивный белок и определение показателей липидного спектра. Исследование региональной артериальной ригидности включало оценку контурного анализа пульсовой волны (КАПВ), зарегистрированной методом фотоплетизмографии на аппарате «АнгиоСкан-01» с определением индекса аугментации, индекса жесткости и индекса отражения. Для оценки клинической эффективности терапии использовали критерии EULAR, основанные на динамике индекса DAS28. Оценку структурно-функциональных параметров артериального русла у больных РА проводили дважды – до лечения и после окончания 12-месячного курса терапии. Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA Base for Windows версия 6.0 (StatSoft).

Результаты. На фоне применения обоих БПВП отмечено достоверное снижение уровня СРБ по сравнению с исходными показателями, причем оно оказалось значимо более выраженным в группе тофацитиниба (8,8 [3,6; 20,8] и 10,8 [5,8; 23,3] в группе лефлуномида). Несмотря на имеющиеся литературные данные о возможном развитии гиперлипидемии на фоне терапии ингибиторами Янус-киназ, у пациентов в исследовании не отмечено ухудшения показателей липидного спектра – напротив, тофацитиниб способствовал увеличению уровня липопротеидов высокой плотности, тем самым снижая индекс атерогенности. Что касается показателей ригидности артериального русла, в обеих группах индекс аугментации снижался и приобретал отрицательные значения, также достигнуто уменьшение до контрольных значений индекса жесткости и индекса отражения. Полученные изменения отражают нормализацию кровотока в крупных резистивных сосудах с устранением спазма в мелких мышечных артериях, причем более выраженными они оказались в группе тофацитиниба ($p<0,05$).

Выводы. Помимо достаточно активного противовоспалительного эффекта у пациентов с РА при неэффективности терапии метотрексатом или наличием противопоказаний к его применению, тофацитиниб и лефлуномид характеризуются вазопротективным действием на уровне крупных эластических сосудов, мышечных артерий среднего и мелкого калибра, при этом полезные свойства тофацитиниба выражены в большей степени. Высокая противовоспалительная активность тофацитиниба наравне с его вазопротективными свойствами позволяет рекомендовать данный препарат для более широкого применения, в том числе среди пациентов с РА и сопутствующими заболеваниями, для обеспечения контроля и профилактики прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений, а также улучшения прогноза и качества жизни в данной категории пациентов.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Пулатов Ф.М., Мамажонов Б.С.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Актуальность. Как известно, дегенеративно-дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника с гипертонической болезнью среди контингентов больных составляют 27-39%.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 58 больных шейным остеохондрозом в сочетании с гипертонической болезнью I и II степени

в возрасте 40-68 лет с давностью заболевания от 1 года до 12 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. У 3 больных основной группы поражение на уровне C4-C5 с синдромом вертебральной артерии, 15-с плечелопаточным псориартрозом, 11-с цервикальной и ночной дистезией верхних конечностей. Рентгенологически диагноз подтверждён у 75,6 % больных.

Сауна назначалась 2 раза в неделю, на курс 8 сеансов. Продолжительность посещения сухожаровой камеры от 7-10 до 15-18 минут при хорошей переносимости. Температура в камере в пределах 90-100° С с последующим посещением бассейна в течение 45-90 сек. температурой 12-15° С по методике Мухамедова М.К., Мухтаров О.А. Анд ГосМИ, Андижан.

Деятельность сердечно - сосудистой системы в сауне контролировалось по частоте пульса, артериальному давлению и величине височно- плечевого коэффициента (Г. И. Меркелов). Частота пульса после первого посещения увеличивалась на 30-35 %, а после 3-го посещения - на 45-50 % от исходного уровня и восстанавливалась в среднем через 1-1,5ч. систолическое давление понижалось на 20-25 мм. рт.ст., диастолическое на 10-15 мм. рт. ст. Височноплечевой коэффициент снизился и к концу курса лечения составил $0,55 \pm 0,08$ ($P < 0,001$). В контрольной группе САД не снижалось, ДАД снижалось в пределах $5,0 \pm 3,0$ мм.рт.ст. ($P < 0,001$).

Результаты исследования. У 42 больных отмечена положительная динамика в нейро-ортопедическом статусе увеличение коэффициентов. Соответственно снизился коэффициент скованности шейного отдела позвоночника до 5 единиц. Полученные клинические результаты коррелировали с динамикой некоторых показателей липидного обмена.

Таким образом, выявлено достоверное снижение уровня холестерина и бета липопротеидов в основной группе по сравнению с контрольной ($P < 0,001$). Все больные отмечали исчезновение головной боли, улучшение общего состояния и сна, повышение двигательной активности.

В связи с этим мы согласуемся данными вышеприведенных авторов о том, что сауна благоприятно воздействует на организм больных шейным остеохондрозом с сопутствующей гипертонической болезнью. Более того, это проявляется положительных сдвигах клинических и функциональных показателей и повышении адаптационных возможностей сердечно сосудистой системы.

НЕЙРОДЕРМИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «DIS КРЕМ»

МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Пўлатов Б.Т., Пақирдинов А.Б.
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Нейродермитни даволашда асосий ўринлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малҳамлар, кремлар, эмульсия, лосьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири глюкокортикоид гормонал малҳамлардир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан кортикостероид топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири DIS КРЕМдир.

Изланишдан мақсадимиз: DIS КРЕМ малҳамини нейродермит билан оғриган беморларда қўллаб кўриб самарадорлигини аниқлашдир.

Материал ва текширув услублари: Бизни кузатувимизда 40 нейродермитга чалинган 18-та бемор аёл ва 22-та эркак бўлиб, уларни ёши 20 дан 50 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 5 йилдан 20 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Беморларни барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилади.

Умумий давога антигистамин, десенсибилизацияловчи ва маҳаллий давога DIS КРЕМ малҳами. Давонинг биринчи кунлари терига икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 маҳалдан суртилади, даволаш муддати касаликнинг турига, тарқоқлигига қараб 20 - 25 кунни ташкил қилди. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интенсивлиги ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач, беморлар терисидаги патологик ўчоғдаги папулалар ва лихенификациянинг яссиланиши кузатилди, 8-10 кун ўтгач улар анча яссиланиб, жарохат ўчоғи тез орада яхшилана бошлади. Қичишиш давонинг 4-5 кунидан камая бошлади, даво курсининг охирги кунларига бориб йўқолди. Даволашнинг 20-25 кунларига келиб теридаги инфильтрация кескин камайди, яллиғланишнинг эритема белгилари қарийб йўқолди.

Хулоса: DIS КРЕМ малҳами нейродермит билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малҳамни даво давомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ DIS КРЕМ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ
«БРОНХОМУНАЛ» У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОДЕРМИТОМ**

Пуллатов Б.Т., Пакирдинов А.Б.

Эффективная терапия больных нейродермитом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза нейродермита и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растёт заболеваемость (Рарр К.А., 2003). Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных нейродермитом (Пакирдинов А.Б. и соавт., 2010; Балтабаев М.К., 2004; Костянова Е.Н., 2005; Котельникова А.Б. и др., 2009). Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных нейродермитом применялся DIS KPEM в сочетании с препаратом «Бронхомунал».

Крем-бальзам DIS KPEM, представляет это одни из самых активных природных компонентов оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. Мы предлагаем включить, в комплексную терапию Нейродермита DIS KPEM оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие, крем-бальзам смазывают 2 раза в день, на кожу лёгкими массажными движениями до полного впитывания. Препарат «Бронхомунал» назначали по 1 капсуле (7 мг) 1 раза в день на курс лечения две недели.

Цель исследования: Изучить эффективность комплексного метода лечения с применением препарата Бронхомунал и крема-бальзам DIS KPEM у больных нейродермитом.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 30 больных атопическим дерматитом. Возраст больных от 18 до 40 лет, из них мужчин было 22, женщин 8. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали препарат Брнхомунал и наружно смазывали DIS KPEM, на курс 2 недели. Кроме этого комплексное лечение включало витаминотерапия, антигистаминные, в общепринятых дозах. Препарат «Бронхомунал» назначали по 1 капсуле (7 мг) 1 раза в день. DIS KPEM применяли наружно смазывали очаги поражения 2 раза в день тонким слоем.

Вывод. Предварительное применение этих препаратов у 15 больных нейродермитом дал положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 8-10 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшился шелушение, затем папулы начали уплощаться, незначительный зуд кожи. К концу 2-недели от начала лечения папулы заметно уплощались у большинства больных, элементы поражения рассасывались, зуда не было.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Раимжанов А.А., Каттаханова Р.Ю., Махмудов Н.И.

Ферганский медицинский институт Общественного здоровья, Узбекистан

При развитии легочной гипертензии изменяются не только характеристики потоков изгнания и регургитации, но и значение диастолической функции как правого (ПЖ) так и левого желудочка (ЛЖ). Классические показатели диастолической функции желудочков, характеризующие скорости потоков их наполнения имеют, определенные ограничения в применении, но могут быть дополнены данными цветной и тканевой доплерометрии.

Цель исследования: Изучения эхокардиографических показателей левых и правых отделов сердца у лиц с различной степенью легочной гипертензии.

Материалы и методы: Нами обследовано 102 больных в возрасте $59 \pm 0,8$ лет с патологией органов дыхания, осложненных развитием хронического легочного сердца. Пациенты были разделены на 4 группы в соответствие со значениями среднего давления (СДЛА) в легочной артерии – ЛГ1 (СДЛА 20-30 mmHg, n = 50), ЛГ2 (СДЛА 30-40 mmHg, n = 19), ЛГ3 (СДЛА > 40 mmHg, n =14), и контрольная (СДЛА < 20 mmHg, n =18). При Эхокг оценивали структурные показатели левых и правых отделов сердца, показатели систолической функции ЛЖ и ПЖ, а также параметры диастолической функции: время изоволюметрической релаксации (IVRT), пиковая скорость раннедиастолического потока (Е и Етр), потока предсердной систолы (А и Атр), их отношение (Е/А и Етр/Атр). В комбинированном цветном М – режиме оценивалась скорость распространения митрального и трикуспидального потоков (СРМП и СРТП). При проведение тканевой доплерометрии оценивались амплитудные показатели раннего (Еа) и позднего (Аа) диастолического движения митрального, трикуспидального кольца и дистальной части межжелудочковой перегородки, их отношение, а также отношение Е/Еа. Измеряли также градиент давления в правом предсердии (ПП).

Результаты: Группы различались по величине структурных показателей правых отделов сердца: толщине миокарде ПЖ в диастолу ($F=2,41$; $p=0,07$), размерам ПП ($F=3,83$; $p=0,001$). С нарастанием ЛГ было отмечено увеличение IVRT с $84,4 \pm 4,1$ мсек в контроле до $105 \pm 7,2$ мсек в группе ЛГ3 ($F=3,1$; $p=0,03$), снижение отношение Етр/СРТП (с $1,69 \pm 0,08$ в группе ЛГ1 до $1,38 \pm 0,09$ в группе ЛГ3; $F=3,17$; $p=0,02$). Из данных тканевой доплерометрии был отмечен прирост волны Аа движения кольца митрального клапана ($11,0 \pm 0,7$ мм в контроле, $11,5 \pm 0,4$ мм в группе ЛГ1, $12,2 \pm 0,5$ мм в группе ЛГ2 и $23,0 \pm 7,8$ мм

в группе ЛГЗ. ($F=4,3$; $p=0,006$)). Отмечался достоверный рост отношения скорости раннего диастолического митрального потока к скорости раннего диастолического движения кольца митрального клапана ($E/EaMK$) с $6,2\pm 0,4$ в группе ЛГ1 до $8,6\pm 1,0$ в группе ЛГЗ ($F=3,5$; $p=0,02$). При корреляционном анализе выявлены значимые взаимоотношения с СДЛА таких показателей, как толщина миокарда ПЖ в диастолу ($r=0,32$, $p=0,034$), размер правого предсердия ($r=0,36$, $p=0,017$), систолической и диастолической длины левого желудочка ($r=0,44$, $p=0,03$ и $r=0,33$, $p=0,003$, соответственно), а так же отношения $E/EaMK$ ($r=0,28$, $p=0,024$). С градиентом давления вПП коррелировали: длина выносящего тракта ПЖ ($r=0,30$, $p=0,05$), время изоволюметрической релаксации ЛЖ ($r=0,31$, $p=0,05$), а так же скорость распространения трикуспидального потока и отношение к ней скорости раннего диастолического трикуспидального потока $E_t/CPTП$ ($r=0,61$, $p=0,0001$ и $r=0,49$, $p=0,001$, соответственно).

Выводы: Таким образом, у больных с нарастанием легочной гипертензии происходит изменение не только структурных показателей левых и правых отделов сердца, но и нарушается их релаксация и наполнение, что проявляется ухудшением диастолической функции, прежде всего, правого желудочка. По нашим данным наилучшим маркером диастолической дисфункции правого желудочка являются показатели распространения потока его наполнения ($CPTП$ и $E_{tr}/CPTП$), что делают целесообразным их дальнейшее изучение у данной категории больных, в том числе, для оценки динамики состояния пациентов.

КОНТРОЛЬ ЗА СОСТОЯНИЕМ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ В ОРГАНИЗМЕ СПОРТСМЕНОВ

Райимов А., Бабаев А., Чулибоев А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Спорт высших достижений связан со стремлением к достижению наиболее высоких результатов (мировые рекорды, победы на олимпийских играх, чемпионатах мира, Азии, Европы, и т.д.). Однако чем выше спортивные достижения, тем меньшее количество спортсменов способно выйти на этот уровень.

Спорт высших достижений может занимать доминирующее положение в определенные периоды жизни спортсмена. Подготовка проводится под руководством тренеров высшей квалификации, в ней используются новейшие достижения науки и

техники, применяются большие величины тренировочных и соревновательных нагрузок, а спортсмены проходят тщательный многоэтапный отбор.

Тренировочный процесс – выработка нового рационального режима обмена веществ и деятельности отдельных органов и систем в условиях повторяющихся и нарастающих физических нагрузок. Несомненно, в этом режиме функционирование организма подвергается определенным испытаниям. Переносимость, адекватность физической нагрузки определяется тем, какие резервы затрачиваются организмом в процессе адаптации. Это называется ценой адаптации. Чем длительнее или сильнее воздействие повреждающего фактора, тем выше цена адаптации. Если адаптационно-компенсаторные реакции организма несовершенны, то увеличение интенсивности тренировок, как правило, приводит к их истощению и формированию или прогрессированию той или иной патологии. На основании этого строгий контроль за состоянием механизмов адаптации в организме позволит избежать состояния перенапряжения.

Воздействовать на состояние спортсмена в большинстве случаев приходится не прямо, а косвенно, регулируя его поведение (В. М. Зациорский). Давая в течение определенного времени задания выполнять те или иные упражнения (изменяя поведение спортсмена), можно вызвать в его организме адаптационные перестройки, направленность которых определяется характером выполняемой работы, а величина – размерами происходящих в ответ на нагрузку функциональных сдвигов. Например, адаптация к систематически наступающему утомлению связана с увеличением выносливости. Поэтому, если тренировочные задания выбраны правильно по содержанию, последовательности, дозированию нагрузки в соответствии с закономерностями спортивной тренировки, методикой избранного вида спорта и с учетом всех особенностей состояния конкретного спортсмена, то можно ожидать запланированного прироста тренированности и в конечном счете – повышения готовности и увеличения соревновательного потенциала. Если же средства и методы тренировки применяются ошибочно, то адаптация будет происходить иначе, с другой скоростью и в другом направлении. Из-за этого возможности спортсмена не раскроются в полной мере, а в худшем случае может быть нанесен ущерб его здоровью.

Следовательно, в спортивной тренировке необходимо, во-первых, опираться на ряд закономерностей протекания адаптационных процессов в организме спортсмена и, во-вторых, использовать самую совершенную методику тренировки в своем виде спорта.

Регуляция деятельности внутренних органов происходит за счет изменения активности различных отделов вегетативной нервной системы. Самым первым ответом на нагрузку является повышение тонуса симпатoadреналовой системы, в основе которой

лежат катехоламины и другие биологически активные вещества. При этом увеличиваются частота сердечных сокращений, изменяется артериальное давление, повышается мышечная активность и т.д.

Следующим на нагрузку реагирует парасимпатический отдел, активация которого приводит прямо к противоположным эффектам (урежение пульса, снижение артериального давления, изменения сосудистого тонуса и др.)

Следует помнить, что симпатический отдел дает самые сильные реакции, но истощается быстро. Если организм не может быстро скорректировать повышение активности симпатoadреналовой системы, то развиваются процессы, связанные с токсическим действием катехоламинов на клетки, истощаются энергетические резервы органов и тканей. Именно чрезмерное возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы на фоне недостатка энергетических ресурсов, несовершенство процессов коррекции симпатонии является основной причиной внезапных смертей и смертельных нарушений ритма со стороны сердца во время занятий физической культурой и спортом.

При недостаточном отдыхе, неадекватном (излишнем) тренировочном процессе резервы не восстанавливаются, каждая последующая нагрузка становится все вреднее и заведомо истощающей. Даже при самом тщательном составлении оперативных, текущих и особенно перспективных планов тренировки не удастся абсолютно точно предсказать изменение состояния спортсмена под воздействием выполняемой работы. Так, спортсмен может неожиданно легко справляться с запланированной нагрузкой, быстро или, наоборот, медленно осваивать технику и т.д. В этих случаях для получения максимального эффекта тренировки необходима своевременная и обоснованная коррекция используемых планов. Поэтому тренер должен постоянно получать сведения о характере деятельности и состоянии спортсмена, т.е. о результатах управления его подготовкой.

РАЗВИТИЕ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО ДВИЖЕНИЯ – ЗАЛОГ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА

Райимов А., Расулова М.Т.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Физическая культура и спорт в Республике Узбекистан как гарантийное средство оздоровления генофонда нации, воспитания физически и интеллектуально развитого поколения – возведены в ранг приоритетных направлений государственной политики и используется в качестве стратегического инструмента для реализации национальной идеи

независимости. Известно, что эта сфера в нашей стране как никогда прежде приобрела невиданное коренное преобразование в условиях Государственной независимости. Построены и довольно эффективно функционируют огромное количество комплексных спортивных сооружений, соответствующих международным стандартам.

Разработанная по инициативе Президента Республики Узбекистан Программа развития физической культуры и спорта в Узбекистане направлена на формирование здорового образа жизни общества, на профилактику и предупреждение заболеваний, привлечение всех слоев населения, особенно молодежи, к занятиям физической культурой и спортом. Физическая культура, являясь одной из граней общей культуры человека, его здорового образа жизни, во многом определяет поведение человека в учебе, на производстве, в быту, в общении, способствует решению социально-экономических, воспитательных и оздоровительных задач.

Формирование гармонично развитой личности на наш взгляд, возможно только с помощью комплексного подхода. Воспитанию нравственных качеств способствует здоровый образ жизни, влияющий на формирование личностных качеств которые должны состоять из нескольких составляющих: гуманистическое воспитание (патриотизм, справедливость и т.д.); воспитание нравственных качеств (честность, ответственность и т.д.); воспитание эстетических качеств (аккуратность, образованность и т.д.); воспитание волевых качеств (смелость, настойчивость и т.д.); воспитание трудовых качеств (трудолюбие, упорство и т.д.).

Фундамент здоровья и положительного отношения к физической культуре закладывается в детские годы. Вопросы, связанные со здоровьем необходимо рассматривать с широких позиций. Как известно, на здоровье человека оказывают влияние многие факторы: социальные, биологические, физические, психические, духовные. Ухудшающееся здоровье молодого поколения во всем мире диктует необходимость заняться этой проблемой безотлагательно. Необходимо сформировать интерес к здоровому образу жизни, так чтобы каждый человек с детских лет обладал знаниями в области физической культуры и спорта, личной гигиены, рационального питания, заботился о своем физическом совершенстве.

Очень важно превратить физическую культуру и спорт в ежедневную потребность каждого человека. Физическое воспитание в школе должно реализовываться:

- как на практических занятиях, так и через урочные формы теоретических занятий (последние необходимо внедрять в учебный процесс);

- через дополнительные (факультативные) занятия, в том числе с учащимися, имеющими отклонения в состоянии здоровья (группы ЛФК);
- через физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме дня;
- внеклассные и внешкольные формы занятий (спортивные секции, занятия в ДЮСШ, СДЮШОР, самостоятельные занятия);
- спортивно-массовые и физкультурно-оздоровительные мероприятия (УГГ, оздоровительный бег, шейпинг, пилатес, степ-аэробика, йога, стретчинг).

Необходимо обеспечить каждому учащемуся двигательную активность не менее 12 часов в неделю. Оптимальный двигательный режим с помощью систематических занятий физической культурой и спортом - это отличное средство укрепления здоровья, повышения работоспособности, долголетия.

Здоровый образ жизни содержит также самый важный компонент – личную гигиену, которая включает в себя рациональный суточный режим, уход за телом, гигиену одежды и обуви. Необходимыми составляющими здорового образа жизни также являются: правильное чередование работы и отдыха, регулярное и полноценное питание, длительный и полноценный сон (незаменимый вид отдыха). Рациональное правильное питание также является неоспоримым компонентом здорового образа жизни, так как в свою очередь обеспечивает правильный рост и развитие организма, способствует сохранению здоровья, продлению жизни.

Нравственное воспитание в спорте тесно взаимосвязано эстетическим воспитанием и спортивной этикой. Воспитание эстетического совершенства в спорте происходит ежедневно и закрепляется с помощью различных средств: использование слова, показа упражнений, соревнования, оформление мест занятий, а также коллективное (командное) посещение театров, музеев, выставок. Занятия физической культурой и спортом способствуют приобретению учащейся молодежи нравственных качеств: формирование потребности в здоровом образе жизни; воспитание уважения к старшему поколению; формирование потребности к выполнению поручений, освоение правил поведения спортсмена; ознакомление со спортивными традициями; освоение принципов международного спортивного движения; изучение спортивной этики; воспитание коллективного взаимодействия; воспитание трудолюбия; формирование чувства ответственности; формирование эстетических качеств личности.

С помощью регулярных занятий физической культурой и спортом на протяжении всей жизни решаются такие жизненно-важные, но в тоже время, простые на первый взгляд задачи, такие как:

- целенаправленное развитие физических способностей у детей, подростков и молодежи;
- сохранение приобретенного фонда двигательных умений и навыков, улучшение состояния здоровья в среднем и зрелом возрасте;
- поддержание здоровья и профилактика неблагоприятных возрастных изменений в пожилом возрасте.

Таким образом, главным условием формирования гармонично развитой личности и воспитания нравственных качеств является здоровый образ жизни, включающий следующие компоненты: занятия физической культурой и спортом, личную гигиену, рациональное питание, правильное чередование работы и отдыха.

В стране должна быть создана эффективная система мониторинга физической подготовленности и развития, физического здоровья различных категорий и групп населения, в первую очередь детей и учащейся молодежи. Результаты мониторинга дадут возможность оперативно проанализировать ситуацию и разрабатывать программы, направленные на формирование здорового образа жизни граждан.

Приоритет во всей работе, связанной с развитием физкультурно-спортивного движения, должен быть отдан физическому воспитанию и формированию здорового образа жизни дошкольников, учащихся общеобразовательных школ, академических лицеев, профессиональных колледжей и студенческой молодежи.

XOTIN QIZLARNI JISMONIY TARBIYA SPORTGA JALB QILISH VA SOG'LOM TURMUSH TARZINI TARG'IB QILISH

Rayimov A., Rasulova M.T.

FJSTI, O'zbekiston

Bugun jamiyatimizni biror bir soxani xotin qizlarning faoliyati ishtirokisiz tasavvur qilib bolmaydi. Oilada maktabda idora ishlab chiqarish korxonalarida, mehnat jamoalarida o'quv yurtlarida maxallalarda ayollarning ro'li benihoya katta taxsinga loyiq. ayniqsa o'zbek xalqida ayolga nisbatan mexr-muhabbat xurmat erxtirom ifori o'zgacha. yurtimiz ayollarini xar qancha ulug'lab ullarga butun umrlarini baxsh etsa arzidi. shunday ekan ayollarimiz bu nomga xech dog tushirmasligi erkaklar ayol digan nomning buyukligini teran anglamog'i, u zoti mukarramani ko'z qorachig'iday asramog'i xam qarz xam farz deb xisoblaymiz. prizdentimiz tamonidan 1999-yilning ayollar yili deb e'lon qilinishi xam ularga bo'lgan aloxida xurmat e'tibordan dalolat beradi. prizdentimiz aytganidek "Ayollar yili manaviyatimizga yangicha mazmun va tus beradi, manaviy xayotimizda yangi muxum bosqich bo'lib qoladi". Insoniyat jamiyati paydo

bo'lgan qadimgi davrdan boshlab jahondagi eng go'zal va oliy janob fazilatlar xammasi ayollar timsolida o'z ifodasini topgandir. Sharq mamlakatlarida yaratilgan badiiy asarlarga nazar tashlasak ijtimoiy hayotga xos ko'rkamlik xam ayol timsolida o'z ifodasini topgandir. Muqaddas Avesto kitobida xam ayol qalbini buyuk salohiyati ona zamin bilan tenglashtirilgan. Buni alohida aytib o'tish joizki mamlakatimizda xotin qizlar sportiga berilgan etibor buni yorqin dalili bo'lib xisoblanadi. Prezidentimiz tamonidan xotin qizlar sportini rivojlantirish farmoni bundan tashqari Alpomish va Barchinoy maxsus test meyyorlari axoli salomatligini yaxshilash maxsadida joriy etilgan. xotin qizlar sportini yanada rivojlantirish maqsadida 2006-yil O'zbekiston Davlat jismoniy tarbiya institutida xotin qizlar sporti yo'nalishi ochilgan. xozirgi kunda chekka qishloqlarimizda xam xotin qizlar sportiga katta etibor qaratilmoqda. sport inshoot sport jixozlari bilan taminlanmoqda. xozirgi kunda xotin qizlarimiz o'z natijalari bilan musobaqa jaxon chempionatlarida olimpiadalarda qatnashib yurtimiz davro'g'ini ko'tarishyapti. Prezidentimiz I A Karimov aytganlaridek davlatni sportchalik xech narsa dunyoga tanitolmaydi diganlaridek qizlarimiz xam sport bilan shugullanib o'z xissalarini qo'shishmoqda. jismoniy tarbiya sport bilan shug'ullanish xar bir inson yani ayollarimiz uchun xam kerakdi. jismoniy tarbiya sport bilan shug'illangan inson soglom bo'ladi sog'lom onadan sog'lom farzandar dunyoga keladi. sog'lom farzandlar esa yurtimiz kelajaklaridir. shuni aytish kerakki ,kishining salomatligi va jismoniy rivojlanishini ta'minlashda xarakat muxum axamiyatga ega insonning xarakat aktivligini xar qanday yo'l bilan chegaralanishi salomatlikni yamonlashishiga mexnat unimining pasayishiga va nixoyat, kishi umrining qisqarishiga sabab bo'ladi. jismoniy mashqlarning tasiri turlicha yoshlarda xar xil bo'ladi. Bolalik va yoshlik davrlarida mashqlar arganizmning rivojlanishiga o'rta yosh qarilikda ish qobilyatining ortishiga va kuchning faol xolda saqlanishiga tasir e'tadi. shuni ko'rsatish kerakki jismoniy mashqlar xamma yoshda xam salomatlikni mustaxkamlaydi. jismoniy mashqlarning ongli ravishda bajarilishi inson ruxiy komponent faoliyatiga bevosita tasir ko'rsatadi, bu qator ruxiy o'tkirligining takomillashishida ifodalanadi. jismoniy mashqlar bilan shug'illanishda kishining ruxiy funksiyalarida va vegetativ funksiyalarning nisbatida kuchish funksiyalari nomoyon bo'lib ular arganizmning chidamlilikini oshiradi. Ozod, yurtning istikboli, onaning farzand tarbiyasidagi mas'ulyati, oilaviy burchlari, erga, karindosh-urug, kuni-kushniga munosabati xakidagi fikrlarda ayol ma'naviyatining bir bulagi, turli xil kirralari aks etadi. Ijtimoiy fikr markazi tomonidan «Tadbirkor ayol - 2009», «Uzbek ayolining ijtimoiy-axlokiy portreti», «jamiyat, oila kadriyatlar, an'analar», «Yosh xotin - kizlarning ijtimoiy faoligini oshirishga» doir surovnomalar ishlab chikildi va utkazildi. Xozirgi kunda jamiyat yuksalgan sari tariximizga milliy kadriyatlarimizga e'tibor juda kuchayib bormokda. Mana shunday milliy kadriyatlarimizdan biri «Ayolga munosabat» masalasidir. Prezidentimiz I.A.Karimov aytganidek, «Ayol avvalo xar bir insonning beshigining tebratadigan,

ok suti bilan uning yuragiga odamiylik fazilatlarini singdiradigan, uning xayot buronlaridan asrab avaylaydigan fidoiy insondir».

«Ayol farzand tarbiyachisi bulishi bilan birga mexribon rafika xamdir. Jamiyatimizda esa olima, shoira, murabbiy, ijodkor, tadbirkor, moxir boshkaruvchi kabi mas'uliyatli urinlarni egallaganlar. Ayolga bulgan munosabatni birinchi uringa kuyish, ya'ni ayolning xurmatini, izzatini joyiga kuyish, uning mavkeini yanada yuksaklarga kutarish davri talabidir. Eng avvalo ayol xar bir oila kurki xisoblanadi. Oilada farzand tarbiyasi, farzandning kim bulib yetishishiga bevosita ayol sababchi. Bu esa bevosita jamiyat bilan boglik xodisadir. Ayolning oilada farzandga bergan tarbiyasi bilan jamiyatga foyda keltirish mumkin. Psixologlarning fikricha ayolning jismoniy va ruxiy salomatligini asrashda er-xotinning bir-biriga mexribon bulsa, oilada boshka munosabatlarni sozlash mumkin. Ularning axl yashash sirlari kuyidagicha:

-Bir-biri xakidagi axboratlarga ega bulish kerak: kizikishi, intilishlarini ruxiy dunyosini tushinishi. Bu uz navbatida ayolga xakikiy insoniy ishonchli munosabatni shakllantirisha yordam beradi.

- Mulokot kilish, shodlik va kaygusini bulishish, bir-birining ishi bilan kizikish, fakatgina tor uy muammolari bilan cheklanib kolmaslik kerak.

-Sharkona lutf xurmat, e'zoz, sabr tokat, gazab kelganda uzini kulga olish munosabatlarning asosi buladi.

Bular barchasi xar bir oila a'zolarining xam jismoniy xam ruxiy salomatligi saklashga yordam beradi, ayniksa ayolning - oila posboning salomatligiga ijobiy ta'sir etadi.

Soglom ayol, ona - soglom farzand demakdir. Soglom muxit soglom oila - jamiyat poydevoridir.

O'ZBEKISTONDA BOLALARDA (VIRUSLI KOKSAKI) KASALLIGI EPIDEMIYASI VA UNUNG ASORATLARIDAN BIRI (ONIXOMADEZIS) KASALLIGI

Raxmatov S.A., Sadikhodjaev S., Abduolimov M.

FJSTI, O'zbekiston

VIRUSLI KO'KSAKI ASORATI ONIXOMADEZIS. Odamzod o'z tarixi davomida juda ko'p virusli kasalliklarga duch kelgan ular ichida insonga zarari boshqa guruxlardan kam bo'lmagan enteroviruslar guruxi bor bu gurux oshqozon ichak flo'rasida juda faol ko'payadi aynan shu guruxga kiruvchi virusli ko'ksaki 75yil oldin amerikalik olimlar tomonidan topilgan va qo'shma shtatlardag kichik bir shaxarcha nomiga qo'yilgan, bu guruxga kiruvchi viruslar

suvda uzoq vaqt yashashi mumkin, past xaroratga chidamli virus bilan kasllangan bemor, bazida tashuvchida simpto'msizam kechishi mumkin, virus o'ta yuquvchan yaqin muloqatda xavo tomchi yo'li bilan yuqadi yoki koproq maishiy yuvilmagan qo'l, oziq ovqatlar, qaynatilmagan suvda patogenlik qiladi, eksperimentlarda patogen yashovchanligi ikki besh kunligi isbotlangan. Xlo'ramin eritmasi hamda suvni 1000 gradusta, kamida 20 minut qaynatilganda virus o'ladi. Virusli ko'ksakini ikki tipga ajratiladi A tipi va B tipi, kasllikni insonda kechish algoritimi qolgan viruslar bilan o'xshash lekin virusli ko'ksaki turli guruxlarga mansub, kasllik har hil kechadi, har hil o'rgnlarni zararlaydi, og'irlik darajasi tafavut qilinadi. A tipini 23 turi mavjud, B tipiga 6ta turi kirib ketadi. Og'iz bo'shlig'I tomog'da og'riqli pufakchalar yazvalar xosil qiluvchi gerpetik angina, Kaftlarda tovon, og'iz atrofida toshmalar, hamda gemmoragik konyuktivit bilan kechishi A tipda kuzatiladi. B tipda butun tana muskullarida xurujsimon og'riq kuzatiladi, qantli diabetga olib kelishi mumkin, yurak jigar va boshqa organlarni zararlaydi. Simptomatik davo virusga qarshi preparatlar, tana xaroratini tushuruvchilar, antigistaminlar, enterosarbent preparatlar va maxsus dieta buyuriladi, kasallik asoratlarini davolash uchun antibio'tiklar buyurish mumkin. Virusli ko'ksaki o'ta yuquvchan bo'lib muloqatdagi 90% bemorlarga yuqqan. Virus yuqtirgan bemorlarda sog'ayib ketish kafitsenti baland lekin kasallik oqibatida o'limlaram kuzatilgan. Virusli ko'ksaki faol bo'lgan davr yilning issiq davriga to'g'ri keladi. Yil bo'yi issiq nam iqlim doimo bo'ladigan tro'pik, subtro'pik mamlakatlarda yil 12oy yuqori xarorat namlikni yuqoriligi, sanitar gigiyenik sharoitni yomonligi bemorda kasallikni og'irlashishi o'limga olib kelgan. Osiyodagi mamlakatlarda xam Virusli ko'ksaki epidemyasi kuzatilgan birinchilardan 2017 2019 yillarda Turtsiyada undan keyin Ukraina boltiq bo'yi mamlakatlarida kuzatilgan. Virusli ko'ksaki kasalligi simpto'mlari 2-10 kun inkubatsion davri bo'lgani uchun kasallik darrov nomoyon bo'lmaydi ko'proq kasallik 4-6 kunlari nomoyon bo'ladi, bunda ichida infiltratli yiringcha pufakcha erro'ziyalar kaftlarda og'iz atrofida bo'ladi. Onixomadezis virusli ko'ksaki asorati ekanligi xaqida dunyo tibbiy adabiyotlarida juda kam malumot bor lekin virus bilan kasallangan bemorlarni ko'pchiligi ularda oyoq va qo'l tirnoqlarida tirnoq ko'chishi simpto'mi kuzatilgani haqida yozishgan. Tanani distal qisimlaridagi toshmalar organizdagi intoksikatsiya asoratidir, shuning uchun toshmalarda pufakchalar hosil bolib yoriladi teri quruqlashadi qipiqlashish kuzatiladi toshmalar tirnoq yaqinida xamda o'zida bo'lgani uchun tirnoq tro'fikasi izdan chiqadi., onixodistrofiya, onixomadezis keyinroq panaritsiga aylanadi.

Men dermatovenerolog padolog sifatida farg'ona shaxrida joylashgan viloyat dermatovenerologiya markazida ishlardim 2020 yil may oylari boshlarida qabulimga tananing distal sohalari oyoq qo'l kaftlar og'iz tanglay soxalarida giperemiyalangan tugunchali yiringchali toshmalar bilan 6 yoshli bolani olib kelishdi, dastlab men bu kasallikni virusli

kasallik yani suvchechak deb o'yladim, lekin onasidan so'raganimda kasallik boshlanganiga 1 haftacha bo'lganini, tananing oyoq qo'l ogiz ichidan tashqari boshqa joylariga toshimagani, hamda 3yoshlik davrida suvchechak bilan og'rganini aytdi. Rosti men oldinlari bonaqa kechuvchi kasallikni ko'rmagan o'qimagan edim, men yosh shifokorligim uchun ko'rmagan bo'lsam kerak deb dispenserda uzoq yillar davomida ishlagan malakali ustozlarim bilan konsiliyumi qilib, birgalikda boyagi bemorni ko'ruvdan o'tkazdik, ular ham oldin bunaqa kasallikka duch kelishmagani haqida aytishdi, bemorga umumiy qon siydik taxlillari bururib simptomatik muolaja tayinladim, lekin ko'nglim to'lmay ertasi kuniga yana qabulga kelinglar dedim, kechasi bilan internetdan kasallik belgilarini yozib axtardim shunda rasimlar orasidan biri shu kasallikka juda o'xshash tuyildi rasimga VIRUSLI KO'KSAKI deb yozilgandi. O'zbekistonda epidemiya boshlandi, kundan kunga kasallangan bemorlar soni oshardi, umumiy bir kunda qabul qilgan bemorlarning yarimi shu simpto'mlar bilan murojat qilardi, shifokorlar oldin shunday kasallikka duch kelmagani uchun simptomatik davo suvchechak yoki streptodermiyaga davolardi, kasllik og'irlashmagani uchun hamda covit 19 epidemyasi paytiga to'g'ri kelgani uchun vaxima ko'tarilmadi. Lekin kasallik kechishi uzoq davom etar, toshmalar davolanishda sal qaytib yana ko'payardi, faqatgina parxezga rioya etganlarga yaxshilanardi, epidemya davomida yana bir kasallik ko'paya boshladi onixomadezis bolalar oyoq qo'l tirnoqlarida matrixs qismidan tirnoq plastinkasi ko'chishi kuzatilardi, ota onalardan anamnez vita yigilganda 90% bemorlar virusli ko'ksaki yoki covet 19 bilan og'rigani aytishdi. O'zim padolog bo'lganim uchun ko'p bemorlar oxir oqibat o'zimga ko'rinardi, davolashda organizmni dezintoksikatsiyalovchi preparatlar, gepatoprotektrlar, vitaminlar va asosan bemorlar tirnoqlar plastinkasi yon qismida xanjarsimon ortiq qolgani uchun tirnoq biror narsaga tegsa ortiq to'qimani ezadi og'riq xissi qo'zg'aladi, bunda inavatsion davolardan biri tiibiy shiluvchi aparat yordamida tirnoq plastinkasi ilashib turgan qismlarin shilib zararlanga tirnoq olinib, ostidagi yangi tirnoq parvarish qilinadi.

ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА ОБЛЕПИХИ

Рахматуллаев И.Р., Дехканова Н.Н., Рахимова Х.Р.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Лечебные свойства облепихи были известны еще в античные времена. В наше время ученые хорошо изучили химический состав растения. Именно он обеспечивает лечебные свойства облепихи. Полезны все ее наземные части – кора, листочки, мякоть ягод, семена, молодые побеги. В облепихе так много полезных веществ, что ее смело можно назвать волшебным растением.

Наибольшее количество ценных для человеческого организма химических элементов найдено в плодах. В мякоти облепихи обнаружены: витамины (группы В, РР, Е, К, С, А); провитамины А (это каротиноиды, являющиеся предшественниками витамина А); сахара (фруктоза и глюкоза); пектины; органические кислоты (такие как винная, яблочная и другие); жирное масло, включающее жирные кислоты, такие как олеиновая, пальмитоолеиновая (в мякоти найдено жирных масел – 9 %, а в косточках плодов облепихи – 12 %); дубильные вещества; желтый пигмент кварцетин; полезные для человека микро- и макроэлементы (кальций, медь, молибден, железо, бор, кремний, калий, ванадий, цинк, марганец); флавоноиды; растительные антибиотики.

Лечебные свойства облепихи весьма обширны. Укрепляет иммунитет, борется с вирусами различной этиологии, избавляет от кашля, выводит токсины, укрепляет кровеносные сосуды, повышает их эластичность, стабилизирует работу сердца, нормализует артериальное давление (чаще применяется при гипертензии), помогает при воспалительных заболеваниях любой этиологии всех органов (глаз, желудка, кишечника и так далее), способствует восстановлению зрения, является мощным желчегонным средством, облегчает состояние женщин в период климакса, выступает профилактическим средством против онкологических заболеваний, инфарктов, инсультов, остеопороза, нормализует функции щитовидной железы и системы желудочно-кишечный тракт, стабилизирует метаболизм и выработку гормонов, активизирует регенерацию кожи (в данном случае лечебные свойства облепихи используются не только в медицине, но и в косметологии), успокаивает, нормализует деятельность центральной нервной системы, заживляет любые раны, поэтому используется не только в дерматологии, но и в стоматологии (лечит стоматиты, гингивит, другие заболевания полости рта, сопровождающиеся воспалительными процессами и изъязвлением десен и слизистой), помогает при депрессиях, стрессах, тревожности, фобиях, широко применяется в гинекологии при терапии многих заболеваний половых органов, улучшает память, внимание, повышает работоспособность, оказывает легкое слабительное действие, способствует укреплению волос и ногтей.

Важно знать, что масло, сделанное из мякоти ягод, немного отличается от масла из косточек. Первое содержит в своем составе каротин и каротиноиды (не менее 0,35 %), рибофлавин (0,165 %, что довольно много), тиамин, токоферол, незаменимые жирные кислоты. Во втором имеется множество алкановых и алкеновых кислот, есть витамины С, Е, группы В. Масло из мякоти оранжевого цвета, а из семян – желтого.

Проявляются в настойке из ее листьев и веточек. Препарат готовится аналогично. Нужно взять 3 части свежего или 1 часть сухого сырья на 10 частей водки. Настаивать 15

дней в темном месте. Средство также используется наружно и внутренне. В первом случае настойкой лечат суставные боли, подагру, ревматизм. Во втором случае она помогает при: атеросклерозе; бессоннице; вирусных инфекциях; гипертензии; сбоях в работе центральной нервной системы и некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Все люди могут его употреблять при таких проблемах со здоровьем: авитаминоз; ОРЗ, ОРВИ, другие вирусные инфекции; цинга; гипертензия; анемия; нарушение гормонального фона, метаболизма; снижение потенции; кашель, бронхит, пневмония, некоторые заболевания органов желудочно-кишечного тракта и сердечные недуги.

CHEMICAL COMPOSITION AND HEALING PROPERTIES OF SEA BUCKTHORN

Rakhmatullaev I.R., Dehkanova N.N., Rakhimova Kh.R.

Fergana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan

The healing properties of sea buckthorn have been known since ancient times. Nowadays, scientists have studied the chemical composition of the plant well. It is he who provides the healing properties of sea buckthorn. All its ground parts are useful - bark, leaves, pulp of berries, seeds, young shoots. There are so many useful substances in sea buckthorn that it can be safely called a magical plant. The largest amount of chemical elements valuable for the human body is found in fruits. In the pulp of sea buckthorn were found: vitamins (groups B, PP, E, K, C, A); provitamin A (these are carotenoids that are precursors of vitamin A); sugars (fructose and glucose); pectins; organic acids (such as tartaric, malic and others); fatty oil, including fatty acids, such as oleic, palmitooleic (fatty oils were found in the pulp - 9%, and in the bones of sea buckthorn fruits - 12%); tannins; yellow pigment quercetin; micro and macro elements useful for humans (calcium, copper, molybdenum, iron, boron, silicon, potassium, vanadium, zinc, manganese); flavonoids; herbal antibiotics.

Therapeutic properties of sea buckthorn are very extensive. Strengthens immunity, fights viruses of various etiologies, eliminates cough, removes toxins, strengthens blood vessels, increases their elasticity, stabilizes the work of the heart, normalizes blood pressure (more often used in hypertension), helps with inflammatory diseases of any etiology of all organs (eye, stomach, intestines and so on), Promotes the restoration of vision, is a powerful choleretic agent, facilitates the state of women during the period of Klimaks, performs a prophylactic agent against cancer, heart attacks, strokes, osteoporosis, normalizes the function of the thyroid gland and the gastrointestinal tract system, stabilizes the metabolism and methods of hormone, activates skin regeneration (In this case, therapeutic properties of sea buckthorn are used not

only in medicine, but also in cosmetology), Soothes, normalizes the activity of the central nervous system, heals any wounds, therefore it is used not only in dermatology, but also in dentistry (treats stomatitis, gingivitis, other diseases of the oral cavity, accompanied by inflammatory processes and ulceration of gums and mucous membranes), helps with depression, stress, Anxiety, phobias, widely used in gynecology in the treatment of many genital diseases, improves memory, attention, increases performance, has a light laxative effect, helps to strengthen hair and nails. It is important to know that the oil made from the pulp of berries is slightly different from the oil from the bone.

The first contains in its composition carotene and carotenoids (at least 0.35%), riboflavin (0.165%, which is quite a lot), thiamine, tocopherol, irreplaceable fatty acids. In the second there are many alkanov and alkene acids, there are vitamins C, E, groups B. Oil from the pulp of orange color, and from seeds yellow. Manifest in tincture from her leaves and twigs. The drug is prepared similarly. You need to take 3 parts of fresh or 1 part of dry raw materials on 10 pieces of vodka. Insist 15 days in a dark place. The tool is also used externally and internally. In the first case, the tincture is treated with articular pains, gout, rheumatism. In the second case, it helps with: atherosclerosis; insomnia; viral infections; hypertension; Failures in the work of the central nervous system and certain diseases of the gastrointestinal intestinal tract. All people can use it with such health problems: avitaminosis; ORZ, ORVI, other viral infections; scurvy; hypertension; anemia; violation of hormonal background, metabolism; reduction potency; Cough, bronchitis, pneumonia, some diseases of the gastrointestinal intestinal tract and heart disease.

BIR YOSHGACHA BOLALAR KASALLANISHLARI DARAJASIGA AYRIM IJTIMOIY-GIGIYENIK OMILLARNING TA'SIRI

Raxmatullayeva M.Q.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Jamoat sog'lig'ini saqlash maktabi, O'zbekiston

Mamlakatning ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanish darajasini o'ziga xos "barometri", aholi salomatligini baxolashning asosiy mezonlaridan biri bu bolalarning, ayniqsa bir yoshgacha bo'lgan bolalarning kasallanish va o'lim ko'rsatkichlaridir. Bolalar salomatligiga ta'sir etuvchi eng katta xavf - xatarlar ancha oldin boshlansada, bunday xavf-xatarlar chaqaloqning ulg'ayish paytida ham saqlanib turadi. Bolaning tug'ilgandan to bir yoshga to'lgunga qadar bo'lgan davr eng nozik davr xisoblanadi. Bu davrda bolalar infeksiya va noinfeksiya kasalliklar oldida ancha o'jiz bo'ladi. "O'tkinchi" deb atalmish holatlarning (kamqonlik, gipotrofiya, raxit va boshqalar)

yuzaga kelishi ba'zan tez-tez kasallanishga, o'limga olib keladi (G.Saidova, D.A. Asadov va boshq., 2012; B.Mamatqulov, G.S.Avezova, 2019).

Sog'lom bolalarni dunyoga kelishi va tarbiyalanishi uchun shart-sharoitlarni yaratish, o'sib kelayotgan avlodni jismoniy va ma'naviy kamolotini ta'minlash, ular o'rtasidagi kasallanishlar va o'lim ko'rsatkichlarini kamaytirish sog'liqni saqlash tizimining va xususan onalar va bolalar davolash - profilaktika muassasalarining doimo diqqat markazida bo'lib kelgan. Respublikamiz mustaqillikka erishgandan so'ng ayniqsa, onalar va bolalar salomatligini muxofaza qilish va mustahkamlash, ularga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam hajmini kengaytirish va sifatini yaxshilash borasida qator ilmiy-amaliy tadbirlar amalga oshirildi.

Bolalar hayotining birinchi uch yili davridagi salomatligi holati, kasallanish va o'lim sabablarini o'rganishga bag'ishlangan ko'plab ilmiy izlanishlar mavjud (Mamatqulov B.M., 1982; 1997, Karimov U.A 1994, Abduqodirova L.K 1999, Gnevasheva T.V., 2000; Raximdjano'v Sh.A. 2006; Rojavskiy L.A., 2007; Perepanova L.S., 2007; Baranov A.A., Albiskiy V.Yu., 2008; Mamatqulov B.M., Avezova G.S., 2019,). Ammo shunga qaramasdan bolalar salomatligi va unga ta'sir qiluvchi xavf omillarini o'rganish hozirgi kunda muhim ahamiyatga ega. Bolalar kasallanishlarining kelib chiqishi va rivojlanishiga ta'sir etuvchi ijobiy va salbiy omillarni aniqlash, ular asosida xavf omillariga integratsion baho berish va bolalar salomatligini yaxshilash bo'yicha ilmiy asoslangan chora tadbirlar ishlab chiqish va amaliyotga tatbiq etish hozirgi kunning dolzarb masalalaridan biri hisoblanadi.

Tadqiqotning maqsadi. Bir yoshgacha bolalar kasallanishlari darajasiga ayrim ijtimoiy-gigiyenik omillarning ta'sirini o'rganish.

Tadqiqotning materiallari va usullari. Toshkent shahridan klaster usulida 2 ta tuman Sirg'ali va Shayxontoxur tumanlaridan oilaviy poliklinikalar tanlab olindi va ulardan 2020 yil tug'ilgan 1150 ta bolalarni prospektiv usulda ular 1 yoshga to'lguncha salomatligi kuzatib borildi. Bolalar yashayotgan oila va ularning turmush tarzi anketa – so'rov usulida o'rganildi. Olingan materiallar “xodisa-nazorat” usuli yordamida o'rganilib bolalar kasallanishlarining yetakchi xavf omillari aniqlandi.

Olingan natijalar. Olib borgan tadqiqotlarimiz Toshkent shahrida yashovchi bolalar hayotining birinchi yilidagi kasallanish ko'rsatkichi (dastlabki ma'lumotlar) 1796.7%o tashkil qildi. Bir yoshgacha bolalar kasallanish darajalari bir- biridan birmuncha farq qilsada, ularning asosiy tarkibiy qismini 5-6 sinf kasalliklari tashkil etdi. Xozirgi vaqtda bir yoshgacha bolalar orasida tez-tez kasal bo'ladigan bolalarni aniqlash katta ahamiyatga ega. Chunki aynan shu bolalarning yuqori kasallanishi oilaning ijtimoiy-ruhiy xolatiga ta'sir etish bilan bir qatorda, ushbu kontingentga oid bolalar, keyingi yoshlarda xam ko'p kasallangan holda ularning salomatlik darajasiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Bolalar salomatligiga onaning yoshi , ijtimoiy holati, tug`ruqlar orasidagi davr, bolaning tug`ilgan davridagi vazni, homiladorlik va tug`ruqning kechishi, oilaning qarindoshlik rishtalari, onaning bevosita bolani parvarishlash sifati, oilaning ijtimoiy-ruhiy holati, oila a`zolarining tibbiy bilimi va madaniyati kabi omillar kuchli ta`sir etishi aniqlandi. Ular asosida bolalar salomatligiga integral baho berildi hamda bolalar orasidan xavf guruhlari aniqlandi.

Xulosa. Tadqiqot natijalari bir yoshgacha bo`lgan bolalarning kasallanishlar darajasi va strukturasini aniqlash imkonini berdi. Geografik iqlim sharoitlar, ota – onalarning tibbiy bilimi va madaniyati darajasi, onalar tomonidan bolalarni parvarishlashning sifati, patronaj hamshirasining chaqaloqlarga bo`lgan e`tibori bolalar hayotining birinchi yilidagi kasalliklarni rivojlanishiga katta ta`sir etishi, hamda ular yetakchi xavf omillar qatoriga kirishi aniqlandi. Bolalar kasallanishlariga ta`sir etuvchi yetakchi xavf omillarini oila shifokorlari va patronaj hamshiralari bolalarni individual va guruhli sog`lomashtirish bo`yicha chora tadbirlar ishlab chiqishda aloxida e`tibor qaratishlari lozim.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ

Рахмонов Р.Я., Ким К.А., Юлчиев Х.Т.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Поствакцинальные реакции можно разделить на физиологические и патологические. Физиологические реакции могут быть общими (недомогание и повышение температуры тела при слабой реакции до 37,5 С, средней степени тяжести до 38,5 С, при тяжелой до 39,5С) и местными (гиперемия на месте введения до 5 см в диаметре, уплотнение до 2 см в диаметре), которые сохраняются 3-5 дней и самостоятельно проходят.

Патологическая реакция на прививку – гипертермия выше 39,5С и местно гиперемия более 5 см в диаметре, инфильтрат более 2 см в диаметре.

Побочное действие вакцинации – изменение органов и тканей, которые выходят за пределы физиологических колебаний и не способствуют развитию иммунитета. Побочные действия вакцин могут быть обусловлены:

1. Фармакологическим действием вакцин.
2. Поствакцинальным инфекционным процессом, вызванным либо остаточной вирулентностью вакцинного штамма, реверсией патологических свойств вакцинного штамма.
3. Туморогенное действие.
4. Индукция образования антител к непротективным антигенам вакцин.

5. Аллергия к антигенам вакцин, к примесям и добавкам, к экзоаллергенам, не связанным с вак-циной.

6. Иммуномодулирующее действие антигенов, сорбентов, носителей, цитокинов.

7. Индукция иммунодефицитных состояний.

8. Психогенное действие вакцин.

Поствакцинальные осложнения:

1. Токсические (общетоксическая реакция, ухудшение самочувствия, повышение температуры тела более 39,5С, интоксикация).

2. Аллергические (анафилактический шок, коллапс, сывороточная болезнь, кожная сыпь, отек Квинке, бронхоспазм).

3. Неврологические: энцефалические – фебрильные судороги, афебрильные судороги с потерей сознания, монотонный пронзительный крик, энцефалитоподобный синдром с продолжительными судорогами и потерей сознания, энцефалиты и менингоэнцефалиты; мононевриты, полиневриты, полирадикулоневриты.

4. Местные – резкая гиперемия, отек, инфильтрация более 8 см в диаметре.

5. Патологические процессы в поствакцинальном периоде: при нарушении правил асептики (абсцесс, флегмона, рожа); обострение хронических болезней, латентных инфекций, патологические процессы с интеркуррентной инфекцией.

За 2021 год у нас в отделении экстренной педиатрии с токсическим осложнением, то есть повышение температуры тела, интоксикацией прошли дети-7.

1. С аллергическим осложнением – уртикарная сыпь, отёк Квинке – 2

2. С неврологическими осложнениями – монотонный пронзительный крик -4, фебрильные судороги - 3, энцефалит - 1.

Чтобы избежать осложнений в ходе вакцинации детей с хроническими патологиями следует проводить ее в периоде полной клинико-лабораторной ремиссии, подтвержденной при предварительном обследовании ребенка. Всем детям необходимо сделать обязательные клинические исследования. Медикаментозная подготовка к вакцинации определяется характером сопутствующей патологии. Всем пациентам на 5 дней до и после прививки назначают один из антигистаминных препаратов в возрастной дозе 1-2 раза в сутки.

На протяжении 1 месяца после вакцинации клинические анализы контролируют каждые 10 дней. При выявлении каких-либо изменений в этих анализах ребенок должен быть проконсультирован педиатром и узкими специалистами для уточнения их причины и своевременного начала терапии в случае необходимости.

Аналогично поступают при развитии необычных поствакцинальных реакций или при наложении интеркуррентных инфекций на течение вакцинального процесса.

Таким образом, вакцинация детей требует тщательного сбора анамнеза, определения длительности ремиссии, определения степени компенсации функции, отсутствия интеркуррентных заболеваний, в ряде случаев коллегиального обсуждения: прививки живыми вакцинами – обсуждение возможности вакцинации с педиатром и иммунологом, а также с любыми другими специалистами.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Саливончик¹ Д.П., Шубкина² Е.Я., Доценко³ Э.А., Саливончик¹ Е.И.,
Зимелихин⁴ О.А., Козловская² С.В., Галицкая² Е.Ю., Маликова² А.В.**

Гомельский государственный медицинский университет¹

Учреждение здравоохранения Медицинская служба ДФиТ МВД по

Гомельской области²

Белорусский государственный медицинский университет³

ДУП санаторий «Ченки»⁴

Резюме

За период проведения проспективного рандомизированного исследования пациентов через 1-2 месяца после перенесенной коронавирусной инфекции/пневмонии при использовании лекарственного средства Тиотриазолин на амбулаторном этапе лечения побочных эффектов, осложнений не зарегистрировано. Применение лекарственного средства Тиотриазолин у пациентов, преимущественно перенесших пневмонию на фоне инфекции COVID-19, позволило улучшить интегральные показатели их качества жизни за 30-дневный период наблюдения. Достоверные изменения зарегистрированы как при анализе интегрального показателя физического здоровья (IPH) - $71,8 \pm 16,6$ балла в основной группе против $50,2 \pm 26,3$ баллов в контрольной группе, так и при анализе интегрального показателя психического здоровья (IMH) - $63,3 \pm 19,7$ балла в основной группе против $51,5 \pm 22,8$ баллов в контрольной группе, соответственно, $p=0,003$.

Ключевые слова: постковид, Тиотриазолин, качество жизни.

**Assessment of the quality of life of patients in the postcovid period when using
metabolic therapy**

**Salivonchik¹ D.P., Shubkina² E.Ya., Dotsenko³ E.A., Salivonchik¹ E.I., Zimelikhin⁴
O.A., Kozlovskaya² S.V., Halitskaya² E.Yu., Malikava² A.V.
Gomel State Medical University¹
Healthcare institution Medical Service of the DFiT of the MVD
in the Gomel region²,
Belarusian State Medical University³
DUP sanatorium "Chenki"⁴**

Resume

During the period of a prospective randomized study of patients 1-2 months after a coronavirus infection/pneumonia, no side effects or complications were registered when using the drug Thiotriazoline at the outpatient stage of treatment. The use of the drug Thiotriazoline in patients, mainly those who had pneumonia against the background of COVID-19 infection, allowed to improve the integral indicators of their quality of life over a 30-day follow-up period. Significant changes were registered both in the analysis of the integral indicator of physical health (IPH) - 71.8 ± 16.6 points in the main group versus 50.2 ± 26.3 points in the control group, and in the analysis of the integral indicator of mental health (IMH) - 63.3 ± 19.7 points in the main group versus 51.5 ± 22.8 points in the control group, respectively, $p=0.003$.

Key words: postcovid, thiotriazolin, quality of life.

Актуальность. Заболеваемость коронавирусной инфекцией в 2022 году значительно снизилась, однако растущая проблема восстановления здоровья пациентов в постковиде, спустя 3 месяца и более после перенесенного заболевания COVID-19, стремительно выходит на первый план во всех странах мира. Причем, единое мнение состоит в том, что пациенты могли на ногах без развития пневмонии перенести данное заболевание, которое оборачивается большим количеством осложнений спустя 12 недель от начала заболевания. Основными жалобами при этом являются утомляемость, одышка, желудочно-кишечные симптомы при наличии васкулита с микротромбозами и подавлением иммунной системы пациентов. По международным руководствам терапии инфекции COVID-19 в постковидном периоде назначение антикоагулянтов и дезагрегантов не потеряли своей актуальности [1, 2, 3].

Медленное восстановление пациентов после перенесенного заболевания, часто высокие уровни лактата при наличии пневмонии на стационарном этапе либо мышечная слабость, невозможность выполнения обычной дневной физической нагрузки из-за выраженной слабости привели к необходимости поиска лекарственных средств, позволяющих стабилизировать вышеуказанные показатели и улучшить качество жизни

(КЖ) пациентов. Данный показатель является одним из ключевых при выживании пациентов на стационарном этапе и длительном восстановительном амбулаторном периоде с использованием разнообразных дыхательных и физических методов реабилитации. Учитывая накопившийся клинический опыт в терапии пациентов с тяжелой клинической формой течения инфекции COVID-19 на стационарном этапе, полученные результаты собственных клинических исследований в этот период, анализ изменяющегося уровня КЖ на амбулаторном этапе представляется наиболее актуальным направлением [4-10].

Цель исследования: Оценить уровень качества жизни пациентов в постковидном периоде при использовании метаболической терапии.

Материалы и методы. Организовано одноцентровое проспективное рандомизированное исследование с ноября 2021 года по февраль 2022 года на базе ДУП санаторий «Ченки», в которое вошли 213 пациентов, из которых 162 пациента с перенесенной пневмонией. Подтверждение диагноза в остром периоде выполнялось путем проведения полимеразной цепной реакции на наличие РНК вируса SARS-CoV-2 в мазке со слизистой оболочки носа. Лечение пациентов осуществлялись согласно временным рекомендациям об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19, утвержденных МЗ РБ [11].

В проспективном исследовании пациенты рандомизированы в основную и контрольную группу с рандомизацией 1:4 с использованием таблицы случайных чисел. В основную группу распределено (n=40) пациентов, из них 30 с перенесенной пневмонией, в контрольную (n=173), 132 с пневмонией в острой стадии заболевания.

Пациентам основной группы, учитывая жалобы на затруднение выполнения ежедневных стандартных ранее физических нагрузок дополнительно к протокольной терапии назначался Тиотриазолин 200 мг 3 раза в день на курс из 30-45 дней.

Средний возраст пациентов составил 63,0 [59,0; 71,0] года в основной группе, 64,0 [55,0; 72,0] года в контрольной группе. Распределение лиц мужского пола в основной и контрольной группах составило 52,5% и 53,8 %, соответственно, $p > 0,05$ (таблица 1). Описание количественных данных представлено в виде медианы и интерквартильного размаха (медиана и 25%, 75% процентиля), также среднего и его среднеквадратичного отклонения в зависимости от распределения данных. Количественные данные между группами сравнивались с использованием критерия Манна-Уитни, t-критерия Стьюдента. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался при $p < 0,05$. В работе использовался статистический пакет SPSS 17,5.

После включения в исследование врачом диспансерного отделения произведен опрос пациентов с заполнением опросника КЖ SF-36 дважды после рандомизации и через 30 дней в обеих группах. Выделены контрольные параметры оценки КЖ: определение физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), ролевого эмоционального функционирования (RE), жизненной активности (VT), психического здоровья (MH), социального функционирования (SF), интенсивности боли (BP), общего здоровья (GH), интегрального показателя физического компонента здоровья (IPH), интегрального показателя психологического компонента здоровья (IMH) [9].

Интегральные показатели КЖ (IPH и IMH) рассчитывались путём анализа (суммирования баллов) контрольных параметров, приведённых выше по существующим «ключам» данного опросника [9]. Цифровые результаты могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции) до 100 (максимальное здоровье).

Исходные данные в обеих группах достоверно не отличались. Клиническая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица №1. Клиническая характеристика пациентов с инфекцией COVID-19

Общие характеристики	Основная группа, n=40	Контрольная группа, n=173	Уровень достоверности
Возраст, лет*	63,0 [59,0; 71,0]	64,0 [55,0; 72,0]	0,1
Мужчины, n (%)	21 (52,5%)	93 (53,8%)	1,0
Пневмония, n (%)	132 (76,3%)	30 (75,0%)	0,84
Артериальная гипертензия, n (%)	21 (52,5%)	93 (52,6%)	1,0
ИБС, n (%)	5 (12,5%)	23 (13,3%)	0,88
Сахарный диабет, n (%)	1 (2,5%)	4 (2,3%)	0,96
Антикоагуляционная терапия, n (%)	15 (37,5%)	60 (34,7%)	0,74
Сатурация, %	97 [96,3; 98,0]	97 [96,0; 98,0]	0,92
АЛТ Ед/л	47 [35,0; 79,3]	46 [35,0; 77,5]	0,94
Лимфоциты, %	27,5 [22,3; 34,0]	27 [23,0; 34,0]	0,96
Глюкоза, ммоль/л*	5,7[4,9; 6,0]	5,7 [5,0; 6,1]	0,83

Примечание: * - медиана [25%; 75%]

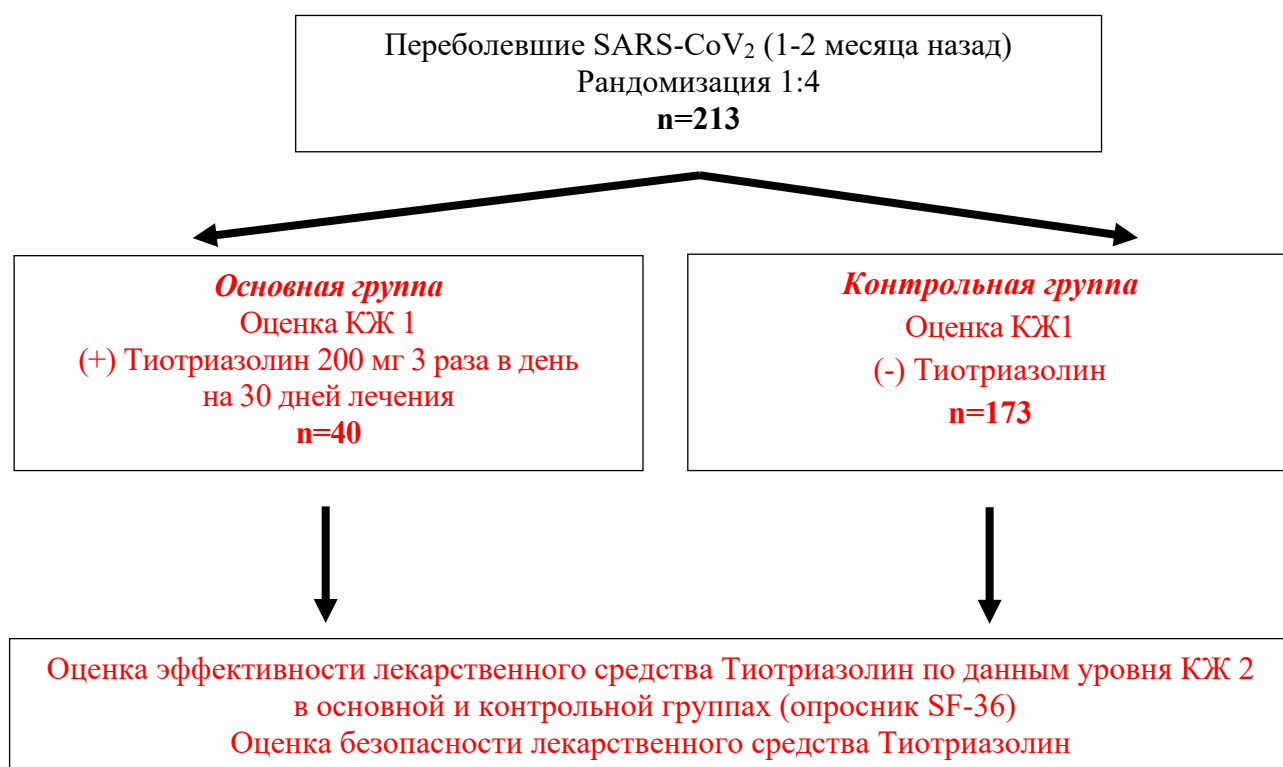
В качестве первичной конечной точки исследования предполагается оценка уровня КЖ по опроснику SF-36 у пациентов с перенесенным заболеванием COVID-19 на амбулаторном этапе с использованием в основной группе лекарственного средства Тиотриазолин.

Выдвигаемая научная нулевая гипотеза: основываясь на известных метаболических эффектах Тиотриазолина по восстановлению энергетических запасов клетки, уменьшении образования лактата, мощных гепатопротекторных и антиоксидантных свойствах препарата в терапии острой и хронической сердечно-сосудистой патологии, сохранении энергообеспеченности в наиболее пораженных клетках, предполагается высокая клиническая эффективность препарата на амбулаторном этапе в условиях терапии пациентов, перенесших COVID-19 [12-15].

В качестве вторичной конечной точки исследования предполагается клиническая оценка безопасности лекарственного средства Тиотриазолин.

Критерием исключения из исследования являлось нежелание участвовать в исследовании, нестабильная гемодинамика, прием других метаболических препаратов.

Дизайн исследования представлен на рисунке 1.



1. КЖ – качество жизни

Рисунок 1. Дизайн исследования

Результаты и обсуждение.

Клиническая эффективность использования Тиотриазолина была представлена нами в ряде исследований на стационарном этапе лечения пациентов с инфекцией COVID-19

[15]. Учитывая сложность оценки эффективности лечения сердечно-сосудистых заболеваний на амбулаторном этапе, для анализа выбран контроль «мягкой» точки исследования – оценка КЖ пациентов. Использование опросника SF-36 для оценки КЖ пациентов уже несколько десятилетий стабильно позволяет получать результаты во многочисленных исследованиях по всему миру. Причем, оценка как физических компонентов здоровья, так и психологических, как нельзя точно подходит к анализу происходящих клинических изменений не только в остром периоде заболевания инфекцией COVID-19, но и в постковидном периоде [16]. Одновременно важным представлялся интерес в изменении сатурации, уровня лимфоцитов, АЛТ, глюкозы через месяц после наблюдения за группами пациентов, данные представлены в таблице 2.

Таблица №2. Клиническая характеристика пациентов с инфекцией COVID-19 через 30 дней после включения в исследование

Общие характеристики	Основная группа n=40	Контрольная группа, n=173	Уровень достоверности
Сатурация, %	98 [98,0; 98,0]	98 [98,0; 98,0]	0,9
АЛТ, Ед/л	38 [26,5; 56,0]	44 [34,0; 61,5]	0,2
Лимфоциты, %	28,0 [24,0; 33,0]	28,0 [24,0; 33,0]	0,96
Глюкоза, ммоль/л*	5,6[4,9; 6,0]	5,7 [4,9; 6,0]	0,81

Примечание: * - медиана [25%; 75%]

При анализе полученных данных (таблица 2) не отмечено достоверности изменений в изучаемых группах ни по одному из показателей, $p > 0,05$. Небольшой сдвиг отмечен в уменьшении АЛТ с 47 до 38 Ед/л в основной группе по сравнению с динамикой от 46 до 44 Ед/л по данному показателю в контрольной группе, $p = 0,2$. Данная тенденция может быть объяснена гепатопротекторными свойствами Тиотриазолина в основной группе, однако данные не достигли статистически достоверных изменений.

Ряд проведенных нами и отечественными авторами работ показали эффективность использования лекарственного средства Тиотриазолин по снижению уровня лактата, обеспечению клетки дополнительной энергии, усилению гликолиза в неповрежденных клетках для выработки энергии, увеличению антиоксидантной, гепатопротекторной, антиишемической защиты клеток организма, восстановлению функции поврежденных эритроцитов, увеличению доставки кислорода к поврежденным органам [13-15].

В основной группе не отмечено побочных эффектов при использовании Тиотриазолина на протяжении всего исследования. Оценка изменения уровня КЖ в

исследовании у пациентов с перенесенной инфекцией COVID-19 на амбулаторном этапе лечения представлена в таблице 3.

Таблица №3. Динамика показателей опросника КЖ SF-36 у пациентов с перенесенной инфекцией COVID-19 на амбулаторном этапе в течение 30 дневного периода наблюдения между основной с использованием Тиотриазолина (А¹, n=40) и контрольной (В², n=173) группами, баллы (М±σ)

Параметры	Исходно	Уровень достоверности, р	30 дней терапии Тиотриазолином ¹	Уровень достоверности, р
PF (A) ¹	54,9±29,1	p=0,518	81,0±16,3	p=0,0001 ¹⁻²
PF (B) ²	51,6±29,3		54,8±31,2	
RP (A) ¹	17,9±33,9	p=0,085	63,8±39,6	p=0,0001 ¹⁻²
RP (B) ²	28,6±37,3		32,1±41,6	
RE (A) ¹	32,4±31,6	p=0,78	64,1±31,6	p=0,008 ¹⁻²
RE (B) ²	31,0±30,3		43,9±43,1	
VT (A) ¹	38,5±19,9	p=0,366	56,1±18,9	p=0,008 ¹⁻²
VT (B) ²	41,5±18,7		46,4±21,1	
MH(A) ¹	54,3±24,4	p=0,66	67,0±18,9	p=0,007 ¹⁻²
MH(B) ²	52,6±17,7		57,2±21,0	
SF (A) ¹	51,2±28,7	p=0,12	72,1±20,5	p=0,012 ¹⁻²
SF (B) ²	56,4±56,2		60,4±27,3	
BP (A) ¹	47,5±25,0	p=0,186	73,0±21,3	p=0,002 ¹⁻²
BP (B) ²	53,2±24,6		57,9±27,4	
GH(A) ¹	58,0±16,2	p=0,463	61,6±17,6	p=0,039 ¹⁻²
GH(B) ²	55,4±16,7		55,1±17,9	
IPH(A) ¹	47,5±21,0	p=0,86	71,8±16,6	p=0,0001 ¹⁻²
IPH(B) ²	46,8±22,8		50,2±26,3	
IMH(A) ¹	41,2±21,7	p=0,145	63,3±19,7	p=0,003 ¹⁻²
IMH(B) ²	46,0±17,8		51,5±22,8	

Примечание: ¹ – Основная группа; ² – Контрольная группа; ¹⁻² – достоверность различий между группами, p<0,05

При анализе исходных данных, представленных в таблице 3, практически все показатели КЖ, в том числе интегральные параметры физического и психического здоровья (IPH, IMH), оказались достоверно не различимы, p>0,05. Через 30 дней после

применения Тиотриазолина (200 мг 3 раза в день) в основной группе получены результаты об изменении параметров КЖ при проведении второго анкетирования пациентов согласно дизайну исследования. Отмечено достоверное улучшение практически всех параметров КЖ в основной группе. Так, показатель физического функционирования (PF) составил $81,0 \pm 16,3$ балла против $54,8 \pm 31,2$ баллов, ролевого функционирования (RP) $63,8 \pm 39,6$ балла против $32,1 \pm 41,6$ баллов, ролевого психического функционирования (RE) $64,1 \pm 31,6$ балла против $43,9 \pm 43,1$ баллов, жизненной активности (VT) $56,1 \pm 18,9$ балла против $46,4 \pm 21,1$ баллов, психического здоровья (MH) $67,0 \pm 18,9$ балла против $57,2 \pm 21,0$ баллов, социальное функционирование (SF) $72,1 \pm 20,5$ балла против $60,4 \pm 27,3$ баллов, интенсивность боли (BP) $73,0 \pm 21,3$ балла против $57,9 \pm 27,4$ баллов, общего здоровья (GH) $61,6 \pm 17,6$ балла против $55,1 \pm 17,9$ баллов в основной и контрольной группах соответственно, $p < 0,05$. Возможно, настолько значимое улучшение параметров КЖ связано с многогранными эффектами Тиотриазолина: гепатопротекцией, антиоксидантным, мембраностабилизирующим, антиаритмическим, антигипоксантным и выраженным метаболическим действием на фоне протокольной терапии у пациентов, преимущественно перенесших пневмонию.

Далее опросник SF-36 позволяет объединить все полученные результаты в 2 суммарных показателя – интегральные показатели физического (IPN) и психического здоровья (IMN).

Анализ интегральных показателей физического и психического здоровья также претерпел существенные изменения. Так, показатель (IPN) составил $71,8 \pm 16,6$ балла в основной группе против $50,2 \pm 26,3$ баллов в контрольной группе, показатель (IMN) составил $63,3 \pm 19,7$ балла в основной группе против $51,5 \pm 22,8$ баллов в контрольной группе, соответственно, $p = 0,001$. Достоверные улучшения в динамике интегральных показателей со значимым улучшением КЖ свидетельствует об эффективности использования Тиотриазолина на амбулаторном этапе лечения пациентов.

Таким образом, проведенное проспективное исследование свидетельствует об эффективности и безопасности использования лекарственного препарата Тиотриазолин у пациентов, преимущественно перенесших COVID-пневмонию, что согласуется с полученными результатами в других исследованиях [17-18]. Эффективность применения Тиотриазолина у пациентов перенесших инфекцию COVID-19 на амбулаторном этапе позволяет широко использовать данное лекарственное средство в постковидном периоде.

Выводы:

1. За период проведения проспективного рандомизированного исследования пациентов через 1-2 месяца после перенесенной коронавирусной инфекции/пневмонии

при использовании лекарственного средства Тиотриазолин на амбулаторном этапе лечения побочных эффектов, осложнений не зарегистрировано.

2. Применение лекарственного средства Тиотриазолин у пациентов, преимущественно перенесших пневмонию на фоне инфекции COVID-19, позволило улучшить интегральные показатели их качества жизни за 30-дневный период наблюдения. Достоверные изменения зарегистрированы как при анализе интегрального показателя физического здоровья (IPH) - $71,8 \pm 16,6$ балла в основной группе против $50,2 \pm 26,3$ баллов в контрольной группе, так и при анализе интегрального показателя психического здоровья (IMH) - $63,3 \pm 19,7$ балла в основной группе против $51,5 \pm 22,8$ баллов в контрольной группе, соответственно, $p=0,003$.

Литература:

1. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>.
2. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis / S. Lopes-Leon [et al.] // Scientific Reports. – 2021. – Т. 11(16144). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>
3. Мареев В.Ю., Орлова Я.А., Павликова Е.П., Мацкеплишвили С.Т., Краснова Т.Н., Малахов П.С. Пульс-терапия стероидными гормонами больных с коронавирусной пневмонией (COVID-19), системным воспалением и риском венозных тромбозов и тромбоэмболий (исследование ПУТНИК) / Кардиология. – 2020. – 60(6). – С. 15-29. doi: 10/18087/cardio.2020.6.n1226.
4. Metabolic perturbation associated with COVID-19 disease and SARS-CoV-2 replication / Krishnan Shuba [et al.] // Mol. Cell Proteomics. – 2021 <https://doi.org/10.1016/j.mcpro.2021.100159>
5. Саливончик, Д.П. Энергетический кризис при COVID-19: диагностика и лечение / Д.П. Саливончик, Е.И. Саливончик // Рецепт. – 2020. – №5. – С. 680-693.
6. Farhana A, Lappin SL. Biochemistry, lactate dehydrogenase. Treasure Island (FL): StatPearls; 2021.
7. Henry BM, Aggarwal G, Wong J, et al. Lactate dehydrogenase levels predict coronavirus disease 2019 (COVID-19) severity and mortality: a pooled analysis. Am J Emerg Med. 2020;38:1722–1726. doi: 10.1016/J.AJEM.2020.05.073.
8. Martha JW, Wibowo A, Pranata R. Prognostic value of elevated lactate dehydrogenase in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Postgrad Med J. 2021 doi: 10.1136/postgradmedj-2020-139542.

9. Jenkinson, C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // *Br. Med. J.* – 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.
10. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization Soc. The WHOQOL Group / *Sci. Med.* – 1995. – Vol. 41. – P. 1403–1409.
11. Recommendations (temporary) on the organization of medical care for patients with COVID-19 infection (Order of the Ministry of Health of the Republic of Belarus 11.11.2021 No. 1424).
12. Саливончик, Д.П. Энергетический коллапс при COVID-19: новые маркеры диагностики, аспекты лечения / Д.П. Саливончик, Е.И. Саливончик // *Журнал кардиореспираторных исследований.* – 2021. – Т.2(№2). – С. 68-76. (Salivonchyk D., Salivonchyk E. Energy covid-19 collapse: new diagnostic markers, treatment aspects. *Journal of cardiorespiratory research.* 2021, vol.2, issue 2, pp.68-76).
13. Саливончик, Д.П. Эффективность и безопасность профилактической антикоагуляции у пациентов при COVID-19-пневмонии / Д.П. Саливончик, И.О. Стома, Э.А. Доценко, О.А. Иванцов, Л.А. Лемешков, А.Г. Лисицын // *Кардиология в Беларуси.* – 2021. – Т. 13 (№ 3). – С. 336–353.
14. Саливончик Д.П. COVID-19: пошаговые стратегии лечения / Д.П. Саливончик // *Проблемы здоровья и экологии.* – 2021. – Т.18.(№ 2). – С. 155–162.
15. COVID-19: эффективность и безопасность антикоагулянтной, глюкокортикоидной и метаболической терапии / Д.П. Саливончик, И.О. Стома, Э.А. Доценко, Н.Н. Куденьчук, Е.И. Саливончик, И.А. Худяков, М.Н. Меньшакова, Е.И. Малащенко, С.Д. Саливончик, К.О. Бондарева, Е.А. Степанец, О.В. Коновалова, Е.В. Кухорева // *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение.* 2022. Т. 11, №1. С. 47-56. DOI: <https://doi.org/10/33029/2305-3496-2022-11-1-0-00>
16. Benefits of pulmonary rehabilitation in COVID-19: a prospective observational cohort study / R. Gloeckl, D. Leidl, I. Jarosch, T. Schneeberger, C. Nell, N. Stenzel, C. F. Vogelmeier, K. Kenn, A. R. Koczulla // *ERJ Open Research.* – 2021 7: 00108-2021; DOI: 10.1183/23120541.00108-2021
17. Мазур И.А. Тиотриазолин / И.А. Мазур // *Запорожье.* – 2005. – 146 с.
18. Netyazhenko V.Z., Mal'chevskaya T.I. (2010) Vozmozhnosti metabolicheskoy terapii v lechenii ishemicheskoy bolezni serdca: opyt dvojnogo slepogo randomizirovannogo mul'ticentrovogo issledovaniya // *Listapad*, no 22 (251), pp. 3–5.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ С ЦИТОКИНОВЫМ ШТОРМОМ, ПОЛУЧАВШИХ ТАРГЕНТНУЮ ТЕРАПИЮ

Селицкая О.П., Доценко М.Л, Грачев С.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

В статье представлены результаты оценки влияния таргетной терапии у пациентов, с цитокиновым штормом и тяжелым течением COVID-19, на исход заболевания. Проведен анализ в исследуемой ($n = 94$) и контрольной группах ($n = 29$). Проведен сравнительный анализ пациентов получавших таргетную терапию и пациентов, которые получали только кислородотерапию в сочетании с дексаметазоном без таргетной терапии. Установлено, что развитие цитокинового шторма у пациентов с тяжелым течением COVID-19 обуславливает летальный исход ($\chi^2=10,95$, $p < 0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что развитие цитокинового шторма у пациентов с COVID-19 оказывает влияние на течение и прогноз заболевания, что необходимо учитывать при проведении интенсивной терапии и выборе тактики ведения таких пациентов.

Ключевые слова: COVID-19, цитокиновый шторм, таргетная терапия, летальный исход.

Пандемия, вызванная коронавирусной болезнью 2019 года (COVID-19), (заболевание, вызванное коронавирусом 2, тяжелый острый респираторный синдром (SARS-CoV-2)), оказала разрушительное воздействие на глобальное здравоохранение и мировую экономику. [2]. По данным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) на 21 апреля 2022 года зарегистрировано более 500 миллионов подтвержденных случаев заболевания COVID-19 и более 6 миллионов случаев смерти [10].

COVID-19 характеризуется системным воспалительным ответом с избыточным выбросом цитокинов, в т. ч. провоспалительного интерлейкина-6 (IL-6), что названо цитокиновым штормом. COVID-19 характеризуется тяжелым повреждением клеток эпителия легких, ассоциированных с SARS-CoV-2 (2019-nCoV) с формированием острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) и полиорганной недостаточностью [3, 7, 6].

COVID-19 может вызывать симптомы от легких до очень тяжелых. У большинства пациентов COVID-19 протекает в легкой форме, и выздоровление наступает в течение нескольких недель. Точный патогенез инфекции тяжелого ОРДС, вызванного коронавирусом (SARS CoV-2), остается неясным. COVID-19 приводит к нарушению регуляции иммунного ответа и развитию гипервоспалительного цитокинового шторма [5].

Показаниями для госпитализации являются наличие клинических признаков пневмонии, дыхательной недостаточности, ОРДС, гиперкоагуляции или септического шока [2].

Для лечения ОРДС у пациентов с COVID-19 в настоящее время может использоваться рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело (RMAIL-6) (тоцилизумаб), которое блокирует рецептор интерлейкина (IL)-6 [4]. RMAIL-6 быстро купирует клинические симптомы (повышение температуры тела, кашель, сухой или с небольшим количеством мокроты, одышка, утомляемость, боль в горле) и предотвращают ухудшение состояния пациентов с тяжелой формой COVID-19. У госпитализированных пациентов COVID-19 с гипоксией и системным воспалением тоцилизумаб улучшает выживаемость и другие клинические исходы. Эти преимущества наблюдались независимо от объема респираторной поддержки и были дополнительными к преимуществам системных кортикостероидов [5].

Течение COVID-19 инфекции у пациентов с цитокиновым штормом имеет клинические особенности, обусловленные взаимным отягощением патологических процессов, что определяет актуальность их изучения в целях разработки комплексных подходов к лечению данных пациентов в условиях интенсивной терапии.

Цель исследования: оценить влияние таргетной терапии у пациентов с цитокиновым штормом COVID-19 инфекции на исход заболевания.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе УЗ «5-я городская клиническая больница» г. Минска. В исследование были включены пациенты с COVID-19 инфекцией и вирусным поражением легких тяжелой степени. В исследовании участвовало 123 пациента (51 мужчина и 72 женщины) с COVID-19 инфекцией, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации № 3 в период с октября по декабрь 2021 г. В целях исследования все пациенты были разделены на две группы: исследуемая группа (n = 97) – пациенты, получавшие таргетную терапию, и контрольная группа (n = 29) – пациенты, получавшие стандартную терапию (кислородотерапию в сочетании с дексаметазоном без таргетной терапии).

Пациенты исследуемой группы получали таргетную терапию в виде тоцилизумаба с режимом дозирования 4-8 мг/кг (при массе тела 100 кг и менее – 400 мг, при массе тела более 100 кг – 800 мг).

Статистическая обработка и анализ проводились с использованием статистических пакетов программы Statistica 10. Центральные тенденции и дисперсии количественных признаков, имеющих распределение отличное от нормального описывали медианой и интерквартильным размахом в формате Me (25%-75%). Для сравнения двух независимых групп по количественным признакам, распределение которых отличное от нормального

использовали критерий Манна-Уитни (U). Значимость различий данных, характеризующих качественные признаки определяли на основании величины критерия соответствия (χ^2). Результаты исследования считали достоверными, различия между показателями значимыми при вероятности безошибочного прогноза не менее 95,5% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. Анализ возраста пациентов обеих групп, сформированных для проведения исследования, показал, что медиана возраста пациентов получавших таргентную терапию составила 61,5 (53-69) года, а группы со стандартной терапией – 58 (54-61) лет ($U = 1068,5$, $p = 0,08$). В сравниваемых группах различия в возрасте отсутствуют.

Также статистический анализ данных позволил установить то, что в исследуемой и контрольной группах нет достоверных различий по полу ($\chi^2 = 0,15$, $p = 0,76$).

Анализ вероятности летального исхода в группах показал, что среди пациентов исследуемой группы течение заболевания завершилось летальным исходом в 47,9 % случаев (45; $n = 94$), тогда как в группе контроля – в 82,8 % случаев (24; $n = 29$) ($\chi^2 = 10,95$, $p < 0,001$), что достоверно ниже, чем у пациентов исследуемой группы.

Выводы:

В исследуемой выборке пациентов, проведение специфической антицитокиновой терапии в сроки 6-8 суток от начала заболевания оказывает значимое влияние на исход.

Литература

1. Al-Qaaneh, A. M. Tocilizumab prescribing criteria for COVID-19 patients / A. M. Al-Qaaneh, F. H. Al-Ghamdi // Hum. Vaccin. & Immunother. – 2021. – Vol. 17, № 4. – P. 1128.
2. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study / F. Zhou [et al.] // Lancet. – 2020. – Vol. 395, № 10229. – P. 1054–1062.
3. Efficacy and safety of tocilizumab in COVID-19 patients: a living systematic review and meta-analysis / I. M. Tleyjeh [et al.] // Clin. Microbiol. and Infect. – 2021. – Vol. 27, № 2. – P. 215–227.
4. Khiali, S. A comprehensive review of tocilizumab in COVID-19 acute respiratory distress syndrome / S. Khiali, E. Khani, T. Entezari-Maleki // J. of Clin. Pharmacol. – 2020. – Vol. 60, № 9. – P. 1131–1146.
5. Tocilizumab in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial // Lancet. – 2021. – Vol. 397, № 10285. – P. 1637–1645.

6. Tocilizumab in patients hospitalized with Covid-19 pneumonia / C. Salama [et al.] // The N. Engl. J. of Med. – 2021. – Vol. 384. – P. 20–30.
7. Tocilizumab in patients with moderate or severe COVID-19: a randomized, controlled, open-label, multicenter trial / D. Wang [et al.] // Front. of Med. – 2021. – Vol. 15, № 3. – P. 486–494.
8. Tocilizumab in the treatment of COVID-19-a meta-analysis / T. Avni [et al.] // QJM. – 2021. – Vol. 114, № 8. – P. 577–586.
9. Tocilizumab plus standard care versus standard care in patients in India with moderate to severe COVID-19-associated cytokine release syndrome (COVINTOC): an open-label, multicentre, randomised, controlled, phase 3 trial / A. S. Soin [et al.] // Lancet Respir. Med. – 2021. – Vol. 9, № 5. – P. 511–521.
10. WHO Coronavirus (COVID-19) [Electronic resource]. – Mode of access: <https://covid19.who.int/>. – Date of access: 21.04.2022.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Слав А.Ф.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. В 2019 году мир столкнулся с новой коронавирусной инфекцией, если по началу считалось, что COVID – 19 поражает респираторную систему в качестве преобладающего проявления в виде вирусной пневмонии, то на сегодняшний день уже известно о его воздействии на сердечно - сосудистую систему (ССС). На начало марта 2022 года количество случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией по всему миру составило 455 миллионов, в России 17 миллионов [1]. Этиология нарушения ритма и проводимости сердца многофакторна и в большинстве своем связана с гипоксией миокарда, прямым повреждением миокарда вирусом SARS-CoV-2, аритмогенным действием или пролонгирующим QT эффектом лекарственных препаратов используемые для лечения новой коронавирусной инфекцией, развитием цитокинового шторма, нарушением электролитного и кислотно-основного состава крови, подавлением рецепторов ангиотензинпревращающего фермента 2, наличием сопутствующей патологии или уже имеющие заболевания сердечно-сосудистой системы [2].

Цель исследования – проанализировать структуру и частоту развития нарушения ритма и проводимости сердца у пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 143 пациента с верифицированным диагнозом коронавирусной инфекции методом ПЦР. Исследование проводилось на базе инфекционного отделения ГУЗ «Заокская ЦРБ» с ноября по февраль 2021-2022 гг. Были изучены амбулаторные карты и истории болезни каждого больного с помощью региональной информационной системе здравоохранения Тульской области (РИСЗ ТО) на наличие уже имеющихся нарушений работы сердца (остановка сердца, брадиаритмии, нарушения проводимости, эпизоды фибрилляции предсердий (ФП), желудочковая тахикардия (ЖТ), фибрилляция желудочков (ФЖ)) и других сопутствующих патологиях. Пациенты, имеющие постоянную форму ФП до перенесенной коронавирусной инфекции, не включались в анализ случаев ФП спровоцированной COVID-19. Нарушения CCC, возникшие на фоне новой коронавирусной инфекции, подтверждались на основании лабораторных, инструментальных и клинических данных. Полученные данные подверглись статистической обработке с помощью программы «Statistica v. 10».

Результаты исследования. На основании проведенного исследования было установлено, что средний возраст пациентов – $65,4 \pm 8,8$ лет, из них женщин 52,8 %, а мужчин 47,2%. Больные были разделены на две группы: одна из которых включала в себя пациентов с уже имеющимися нарушениями работы CCC (29,4 %), без нарушения работы CCC (70,6 %). 41,8 % больных COVID-19 имели в анамнезе сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 45,3 %, ишемическая болезнь сердца 7,8 %, хроническая обструктивная болезнь легких 3,8 %, эндокринные заболевания (сахарный диабет 13,8 %, гипотиреоз 1,6 %), ожирение 20,5 %, хроническая ишемия головного мозга 3,2 %, злокачественные новообразования 1,6 %, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки 0,8 %, хроническая болезнь почек 1,1 % [1]. В результате исследования были получены следующие данные: 23 случаях впервые диагностирована фибрилляция предсердий, 2 случая трепетания предсердий, 9 случаев желудочковой экстрасистолии, 15 случаев неустойчивой желудочковой тахикардии, 11 случаев устойчивой желудочковой тахикардии, 1 случай атриовентрикулярной блокады 1 степени. У 9 пациентов, у которых в анамнезе до заболевания коронавирусной инфекцией были диагностированы случаи ФП, был отмечен рецидив фибрилляции предсердий. У 4,4 % пациентов, которые в анамнезе имели ишемическую болезнь сердца, наблюдалась декомпенсация уже имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний, у 4,8 % наблюдались очаговые изменения миокарда [2,3].

Выводы. На основании исследования можно сделать вывод о непосредственном воздействии новой коронавирусной инфекции на процессы реполяризации и

проводимости миокарда. По частоте возникновения преобладает фибрилляция предсердий, устойчивая и неустойчивая желудочковая тахикардия. А у лиц, имеющих в анамнезе заболевания сердечно-сосудистой системы наблюдались очаговые изменения в миокарде и развитие декомпенсации. Также коронавирусная инфекция оказывает в большей степени отрицательное воздействия на работу миокарда у больных с наличие сопутствующей патологией, особенно при наличии ишемической болезни сердца и сахарного диабета.

Список литературы:

1. Анестезиологи-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Методические рекомендации Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» / И.Б. Заболотских, М.Ю. Киров, К.М. Лебединский [и др.] // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. – 2021. – № S1. – С. 1-143.
2. Бубнова, М.Г. COVID-19 и сердечно-сосудистые заболевания: от эпидемиологии до реабилитации / М.Г. Бубнова, Д.М. Аронов // Пульмонология. – 2020. – Т.20., № 5. – С. 688-699.
3. Баздырев, Е.Д. Коронавирусная инфекция – актуальная проблема 21 века / Е.Д.Баздырев // Комплексные проблемы сердечнососудистых заболеваний. – 2020. – № 9. – с.6-16.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Степченко М.А., Мальцева И.О.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Введение. Инфекционный эндокардит (ИЭ) можно заподозрить в самых разных клинических ситуациях. Данное заболевание может проявляться как острая, быстро прогрессирующая инфекция, так и подострое заболевание с субфебрильной температурой и неспецифическими симптомами, которые могут ввести в заблуждение или затруднить установление диагноза. Наиболее уязвимой возрастной группой для развития инфекционного эндокардита в настоящее время являются пожилые люди. Проблема инфекционного эндокардита у данной возрастной группы является актуальной, так как клинические проявления имеют ряд особенностей, которые усложняют раннюю диагностику из-за наличия характерных для пожилого возраста возбудителей, что

предполагает поиск и применение соответствующих антибактериальных препаратов; сопутствующих заболеваний, которые затрудняют выбор лекарственных средств и проведение кардиохирургических вмешательств. Актуальность изучения инфекционного эндокардита у пациентов пожилого возраста заключается также в том, что заболевание нередко проявляется атипичными признаками и симптомами. Среди клинических проявлений инфекционного эндокардита в настоящее время особое внимание привлекают новые аспекты поражения сердца (эндокарда, миокарда), лёгких, почек, центральной нервной системы из-за большой частоты вовлечения этих органов в патологический процесс.

Цель исследования. Изучить особенности диагностики и терапии инфекционного эндокардита на примере клинического случая.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки 73 лет с верифицированным диагнозом инфекционного эндокардита.

Результаты. Пациентка М., 73 лет, в апреле 2018 года без видимой причины стала отмечать повышение температуры тела до 39 °С, сопровождающуюся ознобами, ощущением зябкости, ночным потом, перебоями в работе сердца, отечностью голеней и стоп. Гипертермия сочеталась с повышением артериального давления до 140–150/80 мм.рт.ст. Больная связывала свое состояние с острой респираторной вирусной инфекцией и лечилась самостоятельно жаропонижающими препаратами, принимала каптоприл при повышении артериального давления, однако состояние не улучшалось, что заставило пациентку в июне обратиться к терапевту по месту жительства. В связи с наличием двустороннего гидроторакса по данным рентгенографии и УЗИ, пациентка госпитализирована в пульмонологическое отделение городской больницы. Были исключены онкопатология, системные заболевания соединительной ткани. Учитывая наличие лихорадки, необходимо было провести микробиологическое (культуральное) исследование крови на стерильность. Однако, скрининг источника инфекции не был выполнен, что затруднило правильную диагностику инфекционного эндокардита. После проведенной антибактериальной терапии гипертермии у больной не наблюдалась, однако клиническая картина в виде перебоев в работе сердца сохранялась. Кроме того, появилась одышка при незначительной физической нагрузке, отмечались бледность кожных покровов, боли в суставах кистей рук и похудание. Пациентка госпитализирована в кардиологическое отделение областной больницы. После проведенной эхокардиографии было обнаружено следующее - вальвулит аортального клапана (вегетации 5-12×3 мм) и митрального клапанов (флотирующая вегетация 16×6 мм и более мелкие) с развитием

недостаточности аортального клапана с регургитацией 3 степени и недостаточности митрального клапана с регургитацией 3–4 ст. Дилатация левых камер сердца и правого предсердия. Незначительная гипертрофия миокарда левого желудочка. Небольшой гидроперикард. Двусторонний гидроторакс. Также пациентке было проведено холтеровское мониторирование – ритм синусовый, обнаружена политопная желудочковая и предсердная экстрасистолия, что послужило основанием для бактериологического анализа крови – выявлен *Staphylococcus aureus*. В связи с возможным последующим оперативным лечением была проведена коронарография, получены следующие результаты: левый тип кровоснабжения миокарда. Ствол левой коронарной артерии – кальциноз. Передняя нисходящая артерия – кальциноз, стеноз проксимальной и средней трети до 70%, Огибающая артерия – неровность контуров, правая коронарная артерия – стеноз средней трети до 50%. По результатам проведенного обследования пациентке был выставлен диагноз – первичный инфекционный эндокардит, вызванный *Staphylococcus aureus*. Была назначена антибактериальная терапия с положительной динамикой, а в дальнейшем произведено оперативное лечение – протезирование аортального и митрального клапана биологическим протезом.

Выводы. Клиническое наблюдение свидетельствует о необходимости неукоснительного использования диагностических критериев Дюка (2015) при установлении диагноза инфекционного эндокардита, что позволяет устранить сложности в диагностике и назначении адекватной терапии в современных условиях.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПНГ-КЛОНОМ И ЭПИЗОДАМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ ГЕМОГЛОБИНУРИИ

Степченко М.А., Михайленко Т.С.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (ПНГ) является редко встречающимся клональным заболеванием кроветворной системы, которое обусловлено разрушением мембраны эритроцитов в сосудистом русле вследствие активации системы комплемента.

Наиболее раннее описание пароксизмальной ночной гемоглобинурии было осуществлено в 1882 году. Была описана клиническая картина заболевания на примере двадцатидевятилетнего мужчины, страдавшего сильными болями в животе и приступами слабости. Отмечено, что плазма крови пациента, взятая во время ночных приступов, имела красный цвет [1].

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия обусловлена генетическим дефектом гена PIGA в стволовой кроветворной клетке (СКК), в результате чего нарушается синтез «якоря» гликопротеинов DAF и MIRL – белков-регуляторов активности системы комплемента (DAF – регулирует активность С3-конвертазы и не позволяет активировать комплемент; MIRL – блокирует сборку мембраноатакующего комплекса на поверхности клетки). Мутантные СКК получают преимущество в отношении нормальных клеток, что приводит к прогрессированию заболевания. Экспансия мутантных СКК предположительно осуществляется за счет механизмов клональной селекции и клональной эволюции. Возникает клон эритроцитов, неспособных к ингибированию системы комплемента относительно собственной мембраны и лизирующихся в периферическом русле.

Внутрисосудистый гемолиз приводит к выбросу гемоглобина в сосудистое русло, который обладает способностью к активации тромбоцитов. Впоследствии это приводит к повышению риска тромбообразования и развитию тромбоэмболических осложнений. Несмотря на то, что тромботические осложнения широко известны, в литературе зафиксировано очень мало случаев их возникновения, что может привести к диагностической проблеме из-за их редкости и длительному дифференциальному поиску причины тромбоза.

Внесосудистый гемолиз также встречается у пациентов с ПНГ, поскольку фрагменты С3 накапливаются на поверхности измененных эритроцитов и вызывают их опсонизацию, что приводит к повреждению ретикулоэндотелиальной системы в селезенке и печени [3].

Заболеваемость ПНГ составляет 1-1,5 на 1 000 000 населения в год. ПНГ является крайне редким заболеванием. Предрасположенность к этому заболеванию несколько выше у женщин.

Выделяют 2 формы ПНГ: классическую форму, характеризующуюся обособленным течением без присоединения других заболеваний, связанных с недостаточностью костного мозга; ПНГ, ассоциированную с апластической анемией/ миелодиспластическим синдромом / первичным миелофиброзом. При этом авторы отмечают, что у больных классической формой ПНГ очень часто развивается костномозговая недостаточность [4].

Следует подчеркнуть, что механизмом поражения гемопоэза при апластической анемии (АА) является аутоиммунная агрессия к клеткам-предшественникам [2]. Развивающаяся в результате костномозговая недостаточность обусловлена подавлением пролиферации клеток-предшественников натуральными киллерами и активированными Т-лимфоцитами. Образующиеся медиаторы являются иммуносупрессорами (фактор некроза опухолей альфа (ФНО-α), гамма-интерферон (γ-ИФ)) или индукторами пролиферации Т-

лимфоцитов (интерлейкин-2 (ИЛ-2)) и приводят к нарушению пролиферации и дифференцировки гемопоэтических предшественников и активации механизмов апоптоза, приводящих к уменьшению пула клеток и развитию аплазии костного мозга, его жировому перерождению [3]. Частота встречаемости ПНГ, ассоциированный с АА – 2-4 случая на 1 млн населения в год. Лечение апластической анемии начинают со специфической иммуносупрессивной терапии, при выраженном анемическом синдроме используют заместительную гемотрансфузионную терапию. Главенствующее положение в патогенетической терапии ПНГ занимает экулизумаб, что послужило основанием для изучения данного клинического случая.

Цель исследования изучение влияния терапии на особенности течения апластической анемии, ассоциированной с ПНГ-клоном и эпизодами пароксизмальной ночной гемоглобинурии у пациентки в возрасте 26 лет.

Клиническое наблюдение

Пациентка Ф., 26 лет наблюдается гематологами ОБУЗ «Курская областная многопрофильная клиническая больница». Жалобы: боли в левом подреберье, в области увеличенной селезенки, одышка, сердцебиения при ходьбе, умеренная общая слабость. Находилась на лечении в марте 2022 года.

Изучение анамнеза болезни показало, что начало заболевания имеет отношение к 2007 году и связано с рецидивирующими носовыми кровотечениями, в июле 2009 года в анализах крови – снижение уровня гемоглобина (Hb) до 60 г/л; на основании трехростковой цитопении (уровень лейкоцитов $2,3 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитов $10-30 \times 10^9/\text{л}$, анемии: Hb 73-105 г/л), при наличии относительного лимфоцитоза 70-80%, данных трепанобиопсии, костномозгового пунктата (снижение клеточности костного мозга, картина гипоплазии кроветворения) в Курской областной детской клинической больнице диагностирована апластическая анемия, при обследовании в РДКБ г. Москвы установлен диагноз приобретенной апластической анемии, сверхтяжелой формы, с учетом эпизодов темной мочи в анамнезе – пароксизмальной ночной гемоглобинурии, в июле 2009 проведен курс специфической комбинированной иммуносупрессивной терапии ATGAM, циклоспорином А, солумедролом, проводилась стимуляция гемопоэза неулостимом 100 мкг/кг, с достижением парциального ответа на 41-е сутки. В последующем с 2013 года ухудшение состояния, выявлен ПНГ-клон, в связи с клиникой внутрисосудистого гемолиза (повышение ЛДГ до 1589 ед/л, билирубина до 41 мкмоль/л) проводились заместительные гемотрансфузии, назначен преднизолон 2 мг/кг/сут., куранил, циклоспорин, с последующей заменой на селлсепт 1400 мг/сутки. С 2014 года начата

терапия, направленная на восстановление регуляции активности комплемента в крови и предотвращения внутрисосудистого гемолиза - экулизумабом.

Анамнез жизни показал, что развитие пациентки не отличалось от сверстников, у родственников заболеваний крови зарегистрировано не было. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ; туберкулез, вирусные гепатиты отрицает. Гемотрансфузии проводились по индивидуальному подбору - без осложнений.

При объективном исследовании – общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, геморрагические высыпания в местах инъекций. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Пульс 112 уд./мин., артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, безболезненна при пальпации. Селезенка выступает из-под края левой реберной дуги на 14 см, плотной консистенции, безболезненная.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и почек обнаружены диффузные изменения паренхимы печени. Гепатомегалия. Спленомегалия.

Установлена следующая зависимость: перед госпитализацией по поводу очередного курса лечения в анализе крови трехростковая цитопения (анемия, тромбоцитопения, лейкопения), ретикулоцитоз более 50%, повышение уровня билирубина за счет непрямой фракции, повышенный уровень лактатдегидрогеназы, что свидетельствует в пользу ухудшения состояния пациентки, активности процесса аутоагрессии, выраженного гемолиза.

Пациентке было проведено следующее лечение.

Экулизумаб 900 мг внутривенно капельно для купирования синдрома пароксизмальной ночной гемоглобинурии. Данный препарат является единственным лекарственным средством, зарегистрированным в реестре и применяемым в качестве патогенетической терапии ПНГ. Он представляет собой ксеногенные, моноклональные антитела к C5 компоненту системы комплемента. Способен блокировать разделение компонента C5 на C5a и C5b, в результате чего не образуется мембраноатакующий комплекс и комплемент-опосредованный внутрисосудистый гемолиз невозможен [5].

Также была произведена трансфузия лейкоцитредуцированной эритроцитарной массы. Группа крови A(II) Rh⁺ фенотип эритроцитов C-с+D+E+e-к-. Пробы на индивидуальную и биологическую совместимость отрицательные. Осложнений во время переливаний компонентов донорской крови не было. Состояние пациентки после проведенной манипуляции удовлетворительное.

Эффективность терапии заключалась в нормализации уровня гемоглобина, уменьшении ретикулоцитоза, купировании проявлений анемического синдрома, снижении уровня ЛДГ в 1,5 раза, отсутствии потребности в гемотрансфузиях.

Выписана на амбулаторное лечение со следующими рекомендациями: контроль анализов крови еженедельно, с очередным введением экулизумаба в дозе 900 мг через 14 дней.

Заключение

Таким образом, положительный эффект от терапии экулизумабом, хотя и непродолжительный по времени у данной пациентки, заключается в устранении или снижении выраженности клинических проявлений, таких как слабость, одышка, достижении уровня целевых значений в картине крови (купирование гемолиза, повышение уровня гемоглобина, уменьшение сывороточной концентрации билирубина, лактатдегидрогеназы), исчезновении гемотрансфузионной зависимости.

Список литературы

1. Zeng Y. The complex pathophysiology of acquired aplastic anaemia. Clin. Exp. Immunol. 2015. Vol. 180. no. 3. P. 361–370.
2. Brodsky R.A. Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria. Blood. 2014. no. 124 (18) P. 2804–2811.
3. Hill A., Kelly R.J., Hillmen P. Thrombosis in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria. Blood. 2013. Vol. 121. no. 25. P. 4985–4996.
4. Brodsky R.A. Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria. Blood. 2014. Vol. 124. no. 18. P. 2804–2811.
5. Кудлай Д.А., Бакиров Б.А., Павлов В.Н. Современные и разрабатываемые биотехнологические препараты для лечения патологии системы комплемента при пароксизмальной ночной гемоглобинурии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2020. Т. 19. № 3. С. 164-172.

СОСНОВЫЙ ЛЕС: ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сухомлинов Ю.А., Зубкова Л.Н.

Курский государственный медицинский университет, Россия

В настоящее время миру брошен очень серьезный вызов – новый коронавирус COVID-19. Болезнь быстро распространяется и при тяжелом течении вызывает опасные осложнения. В ряде стран разработаны ряд вакцин для профилактики коронавируса, в том

числе и в России, одна из самых эффективных и безопасных «Спúтник V» (регистрационное наименование – «Гам-КОВИД-Вак») – комбинированная векторная вакцина.

Но у человека есть действенное оружие против «ковида» – иммунитет. На его состояние влияет ряд факторов: состояние здоровья в целом, экология, качество пищи и др. Психологическое состояние и стрессы также оказывают влияние на способность организма давать отпор бактериям и вирусам.

Важна также реабилитация после перенесенной инфекции. И основа реабилитации, конечно, движение. После острого заболевания, тем более тяжелого течения COVID-19, нужно восстанавливать функцию легких, микроциркуляцию тканей, тонус мышц, выносливость и работоспособность. Самый универсальный, простой и действенный способ – ходьба, лучше на свежем воздухе. Ходьба – это циклическая нагрузка, которая мягко задействует все группы мышц, тренирует сердечно-сосудистую и дыхательную системы. В результате улучшается кровообращение, появляется легкая мышечная усталость.

Особенно полезны прогулки в лесу. Лесной воздух оказывает успокаивающее воздействие на нервную систему человека, повышает сопротивляемость организма к различным заболеваниям. В сосновом воздухе содержится более двух сотен биологически активных летучих веществ. Воздух хвойного леса обладает мощными целительными свойствами, благодаря активному выделению хвойными деревьями фитонцидов, которые обеззараживают воздух и создают уникальный микроклимат. Воздух в нём практически стерилен, поэтому многие санатории, оздоровительные центры и детские лагеря располагают в сосновых лесах [4].

Сосна лесная (*Pinus silvestris* L.) семейства сосновые (Pinaceae) - вечнозеленое хвойное дерево до 40 м высотой. Родовое название происходит от кельтского слова *pin* – скала, гора, что связано с местообитанием растения. Видовое определение в переводе с латинского (*silvestris*) значит «лесная» [3].

Сосна - одно из самых распространенных деревьев лесной и лесостепной зон и является главной лесостепной породой. Растет на песчаных и супесчаных почвах; характерна также для верховых торфяных болот и растет даже на бедном перегномом грунте. Образует сплошные сосновые леса или встречается в смешанных лесах по всей лесной зоне [2].

Свежий сосновый воздух – сильнейшее лечебно-оздоровительное средство. Его уникальные свойства были известны уже древним целителям, а наши предки во время эпидемий приносили в дом хвойные ветки, чтобы защитить семью от болезней. Об

уникальном здоровье сибиряков, живущих среди хвойных лесов, слагают настоящие легенды.

Сильное терапевтическое действие соснового воздуха обусловлено его химическим составом. В хвое содержатся эфирное масло, дубильные вещества, аскорбиновая кислота, смолистые вещества, горькие гликозиды [2, 3, 4].

Целью данной работы было определение количественного содержания эфирного масла в побегах сосны лесной.

Объект исследования – побеги сосны лесной, заготовленные в окрестностях г. Курска в 2021 году в зимний период, так как именно зимой отмечается максимальная концентрация биологически активных соединений [5]. Сушили сырьё, разложив тонким слоем, в тени, при комнатной температуре. Определение влажности растительного сырья проводили по методу Государственной Фармакопеи Российской Федерации XIV издания (ГФ РФ) [1]. Определение содержания эфирного масла проводили путём его перегонки с водяным паром из растительного сырья с последующим измерением его объёма. Содержание масла выражали в объёмно-весовых процентах в пересчете на абсолютно сухое сырьё. Количественное определение эфирного масла проводили по методу № 1 согласно ГФ РФ XIV издания [1].

Навеску измельченного лекарственного растительного сырья помещали в широкогорлую круглодонную колбу вместимостью 1000 мл, приливали 300 мл воды очищенной и закрывают резиновой пробкой с обратным шариковым холодильником. В пробке снизу укрепляли металлические крючки, на которые при помощи тонкой проволоки подвешивали предварительно заполненный водой очищенной градуированный приемник так, чтобы конец холодильника находился над воронкообразным расширением приемника, не касаясь его. Приемник свободно помещался в горле колбы, не касаясь стенок, и отстоял от уровня воды на 60 мм. Цена деления градуированной части приемника составляла 0,025 мл.

Колбу с содержимым нагревали на электроплитке с закрытой спиралью и регулятором мощности нагрева в течение 2 ч. За 5 мин до окончания отгонки прекращали подачу воды в холодильник с целью прогрева его для того, чтобы оставшиеся на его внутренних стенках капли эфирного масла стекли в приемник.

Объем эфирного масла в градуированной части приемника измеряли после окончания перегонки и охлаждения прибора до комнатной температуры. Содержание эфирного масла в объёмно-весовых процентах в пересчете на абсолютно сухое сырьё вычисляли по формуле, приведенной в ГФ РФ XIV издания [1].

В результате эксперимента в приемнике было обнаружено 0,075 мл эфирного масла сосны обыкновенной, что составило 0,42%.

На основании полученных результатов можно предложить использовать побеги в качестве дополнительного лекарственного растительного сырья, как источника эфирного масла сосны обыкновенной; экспериментально установлено, что содержание эфирного масла составляет 0,42%.

Следует также отметить, что регулярные прогулки по сосновому лесу – лучшее средство от стрессов, накопленной усталости и профилактики вирусных заболеваний. Прогуливаться по сосновому лесу полезно в любое время года. Свежий сосновый воздух – сильнейшее лечебно-оздоровительное средство.

Литература

1. Государственная Фармакопея РФ XIV издания.- <http://femb.ru/feml>
2. Носаль, М.А. Лекарственные растения и способы их применения в народе/ М.А. Носаль, И.М. Носаль. – Мн.: Полымя, 1997. – 286 с.
3. Попов, В.И. Лекарственные растения/ В.И. Попов, Д.К. Шапиро, И.К. Данусевич. – Мн.: Полымя, 1990. – 304 с.
4. Скляревский, Л.Я. Лекарственные растения в быту/ Л.Я. Скляревский, И.А. Губанов. – М.: Евразийский регион, 1995. – 220 с.
5. Черняева, Г.Н. Сезонная динамика эфирного масла *Abies sibirica*/ Г.Н. Черняева, Т.В. Бараков // ХПС.- 1983.- № 6.- С.718-721.

ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИФИКАЦИИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Таджибаева И.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Введение

По современным представлениям, сахарный диабет (СД) 2 типа является хроническим прогрессирующим заболеванием, распространенность которого продолжает увеличиваться.

На сегодняшний день в мире число больных СД составляет 374 млн. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2030 г. число пациентов превысит 525 млн. Столь быстрый рост распространенности заболевания объясняется влиянием изменения характера питания и гиподинамией. Положительный энергетический баланс и

недостаточная физическая активность ведут к росту избыточной массы тела и ожирения населения.

Ключевые слова: глибенкламид, сахароснижающая терапия, метформин, инсулин, вилдаглиптин, сахарный диабет 2 типа, абдоминальное ожирение.

По данным различных источников, ожирение присутствует примерно у 80–90 % пациентов с СД2. Определен прямой характер зависимости риска развития СД2 от индекса массы тела (ИМТ). При ожирении I степени риск СД2 увеличивается в 2 раза, II степени – в 5–10, III степени – более чем в 10 раз. Тесная корреляция между ИМТ и частотой развития СД отмечается как у мужчин, так и у женщин. Оба состояния приобрели сегодня глобальный характер, ряд исследователей ввели термин «DiObesity», т.е. «диожирение» [1].

Большинство пациентов с СД2 имеют ожирение и избыточную массу тела. Наличие висцерального ожирения способствует развитию и прогрессированию СД2, в также увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний. С момента диагностики ожирение требует длительного лечения. Снижение массы тела на 5–10% ассоциируется с улучшением гликемического контроля, а также со снижением факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний – инсулинорезистентности, артериального давления, холестерина и триглицеридов, маркеров воспаления и эндотелиальной дисфункции [2].

В исследование были включены 70 пациентов с СД 2-го типа, имеющих абдоминальное ожирение. Средний возраст составил $57,7 \pm 5,5$ года. До включения в исследование как минимум три месяца они получали монотерапию метформином в дозе более 1500 мг/сут и не достигли целевых значений гликемии. Степень компенсации углеводного обмена определялась по уровню глюкозы крови натощак и уровню гликированного гемоглобина; выраженность инсулинорезистентности определялась с помощью индекса инсулинорезистентности HOMA-IR по формуле:

$$\text{HOMA} - \text{IR} = \frac{\text{Гликемия натощак} \times \text{ИРИ}}{22}, 5 (n1 - 2, 77).$$

Для оценки метаболической активности жировой ткани определяли уровень ХС, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП, коэффициент атерогенности. Для выявления степени ожирения использовался индекс массы тела ($\text{ИМТ} = \text{вес}/\text{рост}^2$). Абдоминальное ожирение определялось с помощью отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Свидетельством накопления жировой ткани в абдоминальной области служил коэффициент ОТ/ОБ у мужчин $> 1,0$, у женщин $> 0,85$ [3]. Определение характера распределения жировой ткани в абдоминальной области проводилось с помощью

магнитно-резонансной томографии (МРТ). Исследование проводилось утром натощак. Пациенты находились в положении лежа на спине. Полученные изображения в аксиальной проекции на уровне I, II, III, IV, V поясничных позвонков (L1, L2, L3, L4, L5) обрабатывались с помощью программных средств системы Numaris 3.0. На каждом срезе определялась площадь подкожного и висцерального жира. При площади висцерального жира на уровне IV поясничного позвонка 130 см² и более пациентов относили к висцеральному типу ожирения. Следующим этапом пациенты были разделены на две группы методом случайной выборки. Основную группу составили 40 пациентов, группу сравнения 30 пациентов. С целью компенсации углеводного обмена пациентам основной группы к терапии был добавлен препарат вилдаглиптин в дозе 100 мг/сут, а пациентам группы сравнения препарат глибенкламид в дозе от 3,5 мг/сут до 7,5 мг/сут. Повторный контроль антропометрических, лабораторных и инструментальных исследований проводился через 6 мес. от начала комбинированной терапии. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Для оценки достоверности различий применялись методы описательной статистики, сравнение двух связанных групп до и после проводилось с помощью непараметрического метода критерия Вилкоксона. Для оценки различий между параметрами не связанных групп использовался статистический U-критерий Манна–Уитни. Все пациенты подписывали информированное согласие. Субъективный статус (жалобы, результаты первичного осмотра) оценивали с помощью специально подготовленного опросника[3].

Заключение

Изменение образа жизни является основой коррекции массы тела у пациентов с СД2 и ожирением. Поэтому руководства по управлению СД2 и лечению ожирения едины в том, что начинать терапию и диабета, и ожирения необходимо с программ интенсивного изменения образа жизни. Комплексные программы по изменению образа жизни не только помогают пациентам изменить характер питания и уровень двигательной активности, но зачастую приводят к более выраженному эффекту, чем медикаментозное лечение. При выборе сахароснижающей терапии необходимо отдавать приоритет препаратам с низким риском гипогликемий и нейтральным благоприятным влиянием на массу тела.

Литература:

1. Аметов А.С., Абаева М.Ш., Нажмутдинова П.К.. Влияние комбинации метформина и вилдаглиптина на показатели углеводного и жирового обмена у больных сахарным диабетом 2 типа. Фарматека.-2014.- №5.-С. 19-25.
2. Галстян Г.Р., Шестакова Е.А., СклЯник И.А. Ожирение и сахарный диабет 2 типа: поиск компромиссного терапевтического решения. Сахарный диабет. 2017;20(4):270-278.

3. Абаева М.Ш. Влияние тактики сахароснижающей терапии на показатели жирового обмена. Медицинский совет.- 2014.- №4.- С.40-42.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ. АКТУАЛЬНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ФЕРГАНЫ

Тишабаева Н.А., Махмудова Х.Т.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Актуальность Эндокринная система координирует функции различных органов посредством гормонов, являющихся химическими веществами, которые выделяются в кровоток из специализированных клеток, находящихся внутри эндокринных желез (внутренней секреции). Находясь в крови, гормоны влияют на функцию тканей-мишеней, которые могут быть либо другой эндокринной железой, либо рецептором. Некоторые гормоны действуют на клетки того же органа, который является их источником (паракринный эффект) а иногда даже на сами продуцирующие их клетки (аутокринный эффект). Нарушения эндокринной системы возникают в результате расстройства эндокринных желез и/или их тканей-мишеней.

Цель исследования. Изучение заболеваний эндокринной системы.

Материалы и методы исследования. Анализ статистических показателей заболеваний эндокринной системы, полученных из отчётной статистики.

Результаты исследования. Доля больных с патологией эндокринной системы постоянно увеличивается во всех экономически развитых странах мира. Ведущее место в структуре всех эндокринных заболеваний по статистике заболеваемости населения города Ферганы занимает эндемический зоб, на втором месте сахарный диабет (СД), на третьем ожирение. Щитовидная железа вырабатывает тиреоидные гормоны – тироксин и трийодтиронин, которые, выделяясь в кровь, оказывают влияние на все клетки и ткани организма, регулируют скорость различных процессов обмена веществ. Эти гормоны отвечают за множество жизненно важных функций: они регулируют деятельность головного мозга, нервной и сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, влияют на репродуктивную функцию, работу молочных и половых желез и много другое. Йододефицитные заболевания щитовидной железы — патология щитовидной железы, развивающаяся в результате недостатка йода в организме. Признаками йодного дефицита могут служить увеличение размеров щитовидной железы, затруднение при глотании, ухудшение памяти, слабость, хроническая усталость, сухость кожи, ломкость

ногтей, увеличение массы тела. Йод является незаменимым для функционирования организма микроэлементом. В организме здорового человека 70-80% йода скапливается в щитовидной железе и служит необходимым компонентом для синтеза гормонов щитовидной железы. Периодами повышенной необходимости йода для организма являются половое созревание, беременность и время кормления грудью. Йододефицит в окружающей среде (в почве, воде, продуктах питания) и следовательно, недостаточное естественное его поступление в организм вызывает сложную цепь компенсаторных процессов, призванных поддержать нормальный синтез и секрецию гормонов щитовидной железы.

Также количество больных СД постоянно увеличивается в связи с ростом численности и возраста населения, урбанизации территории, увеличением распространённости ожирения и малоподвижного образа жизни. Исходя из исследования, определяется следующая возрастная структура заболеваний эндокринной системы:

1) С эндемическим зобом на «Д» учёте среди детей 0-14 лет-146, из них первично выявленный-60; в том числе включительно с подростками 15-17 лет-203, из них первично выявленный-98; Взрослые- 1432, из них первично выявленный-630; 18-19 лет -312, из них первично выявленный-79; 65 лет и старше-184; женщины-789, из них первично выявленный-379;

2) С сахарным диабетом на «Д» учёте среди детей 0-14 лет-1, из них первично выявленный-1; в том числе включительно с подростками 15-17 лет-1. Взрослые- 615, из них первично выявленный-175; 18-19 лет -36, из них первично выявленный-5; 65 лет и старше-98; женщины-416, из них первично выявленный-164;

3) С ожирением на «Д» учёте среди детей 0-14 лет-4, из них первично выявленный-4; в том числе включительно с подростками 15-17 лет-4; Взрослые- 134, из них первично выявленный-5; 18-19 лет -60, из них первично выявленный-3; женщины-112, из них первично выявленный-5;

Выводы: Из приведенных данных прослеживаются чёткие возрастные различия в тенденциях роста, при эндемическом зобе наибольший ежегодный прирост в возрастной структуре взрослого населения и особенно у женщин, такая же динамика прироста наблюдается и при сахарном диабете и при ожирении. Таким образом можно сделать выводы, что у женщин особенно репродуктивного возраста в связи с беременностью и родами, а также гормональными изменениями после родов имеется наибольшая потребность в поддержке сохранения нормального гормонального баланса и заместительное обогащение организма микроэлементами, необходимыми для нормальной деятельности эндокринных желёз. Таким образом кроме государственных программ,

обеспечивающих добавки например йода в продукты питания, программы пропаганды здорового образа жизни обеспечение населения некоторыми видами лекарственных препаратов посредством гуманитарной помощи (препараты железа для больных с анемией или инсулин для больных с сахарным диабетом и другие виды лекарств) необходимо дополнительное обеспечение препаратами содержащими витаминные комплексы, которые к сожалению в настоящее время доступны не для каждой женщины, учитывая и их дорогую стоимость в аптеках и необходимость длительного применения в течении нескольких месяцев. Также характер распространённости и течения болезни, частота выявленных больных зависят от уровня и качества оказания эндокринологической помощи на местах, своевременного активного выявления больных и осложнений, обеспечения в достаточном количестве препаратами, правильной организации диспансерного наблюдения и лечебных мероприятий.

Литература:

1. Жукова Л.А. Разработка программы обучения больных с различными заболеваниями щитовидной железы и оценка ее эффективности / Л.А. Жукова, Н.С. Андреева, А.А. Гуламов, А.Е. Смирнова // Вестник медицинского стоматологического института. - 2009. - №1.-С.21-23.
2. Герасимов Г.А. О рекомендациях ВОЗ «Обогащение пищевой соли йодом для профилактики заболеваний, вызванных дефицитом йода» // Клинич. и эксперим. тиреодология. - 2014. – Т. 10. - № 4 - С. 5-1. Дедов И.И. Сахарный диабет – опаснейший вызов мировому сообществу // Вестник РАМН. - 2012.
3. Дедов И.И. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007–2012 годы» / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, Ю.И. Сунцов и др. // Сахарный диабет. - 2013.-№2S.-С.2-48.
4. Маслова О.В. Эпидемиология сахарного диабета и микрососудистых осложнений / О.В. Маслова, Ю.И. Сунцов // Сахарный диабет. - 2011 - № 3.
5. Андреева Н.С. Совершенствование организации медицинской помощи взрослому городскому населению с патологией щитовидной железы: дис. канд.мед.наук.- Курск,2004.-С.150
6. Петров А.В. Недиагностированный гипотиреоз – фактор риска возникновения рабдомиолиза при терапии статинами / А.В. Петров, Л.А. Луговая, Л.Г. Стронгин, Т.А. Некрасова // Клинич. и эксперим. тиреодология. –2014.–Т.10.-№4.-С.26-33.

7. Румянцев П.О., Ильин А.А., Румянцева У.Ф., Саенко В.А. Рак щитовидной железы. Современные подходы к диагностике и лечению. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 476.

СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЦИРРОЗЕ

Тохиров Ш. У.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Введение: Печень и желчевыделительная системы являются объединённым, морфофункциональным механизмом. Нарушение целостности одного из них непосредственно влияет на функцию другого. Так как циррозная болезнь печени очень широко распространена, стоит иметь правильное представление о диагностике, лечении данной патологии.

Цель работы: Выявить частоту и тип повреждения печени, желчного пузыря и желчных путей при циррозе. Усвоить результатов сравнительных возможностей разных методов исследования структуры печени и желчевыделительной системы.

Материалы и методы: История болезни 38 пациентов (2020-2022 годы) терапевтического отделения ФФРНЦЭМП в возрасте от 27 лет до 60 лет с диагнозом — Цирроз печени и 8 пациенты которые в данный момент лечатся. Были анализированы результаты УЗИ обследования, биохимия крови, биопсия печени, КТ печени и желчевыводящих путей.

Результаты: В исследованиях доказано что, у каждого пациента своеобразное состояние желчевыделительной системы и организма в целом. У 3-х пациентов наблюдался (у одного наблюдается) асцит, портальная гипертензия и печеночная недостаточность. Распределение 38 пациентов (по истории болезни) с циррозом печени по этиологии заболевания и по возрасту будет предоставлено внизу:

1. Алкогольный ЦП- 16 (42.1%), средний возраст - 49.3 лет,
2. Вирусный ЦП-15 (39.5%), средний возраст – 52,4 лет,
3. Первично-билиарный ЦП-4 (10.52%), средний возраст – 44,7 лет,
4. Смешанный ЦП-2 (5,26%), средний возраст – 50,1 лет,
5. Криптогенный ЦП-1 (2,63%), средний возраст – 53,7 лет. 17 (44,7%) из них скончались по осложнениям печеночной недостаточности.

Основные морфологические изменения у всех пациентов было образование узлов регенерации и фиброза.

У 27 (71%) пациентов наблюдались признаки поражения желчного пузыря и желчных протоков. Часто встречались уплотнения стенки желчного пузыря и изменения его начального объема:

- * Увеличение объема желчного пузыря у 11 (28,9%) пациентов;

- * Уменьшение объема желчного пузыря наблюдался у 5 (13,15%) пациентов. У больных с вирусным циррозом отмечался ускорение кровотока в воротной вене (2000 +/- 11мл/мин). Расширение или сужение внутри и вне печеночных протоков не было выявлено. Диагноз цирроз печени у 29 (73,3%) был поставлен по клиническим признакам, таким как:

- * Наличие желтухи;

- * Асцит;

- * Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. У 8 (21%) больных для морфологического исследования сделана биопсия печени с иглой — Менгини.

Установить диагноз — Цирроз печени у других пациентов потребовало дополнительных исследований, так как у них степень заболеваемости печени было в начальной стадии.

Об активности печеночного процесса было суждено на основании показателей АЛТ, АСТ, гамма глобулины сыворотки крови и гистологических изменений в печени.

Выводы: Правильное лечение больного требует своевременное определение типа цирроза полагаясь на УЗИ обследования, КТ печени, на изменение АЛТ, АСТ и гамма глобулинов в крови. После чего, стоит вести комплексное, корректное терапевтическое лечение и в зависимости от степени цирроза можно проводить хирургическое вмешательство (резекция или трансплантация).

При биопсии важно различать узлов регенерации фиброза которые характеризуют истинного цирроза от:

- * Не полностью сформированных печеночных узлов,

- * Узлов без признаков фиброза,

- * Нодулярной регуляторной гиперплазией,

- * Врожденного печеночного фиброза,

- * Распространенного фиброза без узлов регенерации. Вышеупомянутых нодулярных образований нельзя отнести к истинному циррозу.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

1. Архив ФФРНЦЭМП

2. Архив ФФРНЦЭМП терапевтического отделения

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БИСОПРОЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ФВ ЛЖ МЕНЕЕ 45 %

Туйчиев А.Х., Мамадиев Р.А., Абдулхафизов У.А., Ниматов Ш.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Цель: Сравнить влияние бисопролола и метопролола на ремоделирование, систолическую функцию у больных Q-инфарктом миокарда (ИМ) с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) менее 45 %.

Материалы и методы: Обследованы 40 пациентов с первым Q-ИМ с ФВ менее 45 %, средний возраст – $(64,3 \pm 2,1)$ года, с острой левожелудочковой недостаточностью I–II класса по Т. Killip, J. Kimball. Больные были рандомизированы на две группы.

Больные группы А ($n=20$) в составе общепринятой терапии получали метопролола тартрат, начиная с дозы $(37,5 \pm 1,7)$ мг/сут с титрованием до $(87,1 \pm 4,2)$ мг/сут. Больные группы Б ($n=20$) в составе общепринятой терапии получали бисопролол, начиная с дозы $(1,25 \pm 0,40)$ мг в сутки с титрованием до $(8,9 \pm 1,2)$ мг в сутки. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, локализации ИМ, наличию факторов сердечно-сосудистого риска. Тромболитическая терапия было проведено у 6 (30 %) и 5 (25 %) больных в группах соответственно А и Б, $P > 0,05$. Всем больным проводили доплерэхокардиографию в 1-е, 5-е, 28-е сутки и через 6 мес от начала заболевания.

Обсуждение: В группе А умерло 3 (15 %) больных, в группе Б смертей не зарегистрировано ($P > 0,05$). В группе А через 28 сут конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ увеличился с $(131,2 \pm 2,7)$ до $(144,8 \pm 2,5)$ мл ($P < 0,05$), а через 6 мес составил $(147,2 \pm 2,8)$ мл ($P < 0,01$). В группе Б исходно КДО существенно не отличался от такового в группе А $(131,7 \pm 2,5)$ и через 6 мес существенно не изменился – $(134,2 \pm 2,8)$ мл ($P > 0,05$ по сравнению с таковым в первые сутки). Однако на 28-е сутки и через 6 мес в группе Б КДО был достоверно меньше по сравнению с данными в группе А – соответственно $(137,6 \pm 2,7)$ и $(144,8 \pm 2,5)$ мл ($P < 0,05$) и $(134,2 \pm 2,8)$ и $(147,2 \pm 2,8)$ мл ($P < 0,05$).

По сравнению с 1-ми сутками ФВ в группе А существенно не изменилась на 5-е, 28-е сутки и через 6 мес (соответственно $(38,9 \pm 1,8)$, $(38,2 \pm 1,6)$, $(39,4 \pm 1,7)$, $(40,3 \pm 1,8)$ %, все $P > 0,05$). В группе Б исходно ФВ существенно не отличалась от таковой в группе А и составляла $(38,1 \pm 1,4)$ % ($P > 0,05$). Однако на 28-е сутки и через 6 мес в группе Б ФВ была достоверно выше по сравнению с данными в первые сутки (составляла соответственно

(45,2±1,3) и (47,1±1,6) %, $P<0,05$) и с ФВ в группе А на 28-е сутки и через 6 мес (соответственно (39,4±1,7) и (40,3±1,8) %, $P<0,05$).

Вывод: Применение бисопролола у больных с острым Q-ИМ и ФВ ЛЖ менее 45 % предупреждало развитие ранней (к 28-м суткам) и поздней (к 6 мес) дилатации ЛЖ и способствовало повышению ФВ, чего не отмечалось при лечении метопрололом.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Урусова Д.А., Хлебодарова Е.В.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является частым сопутствующим фактором при Coronavirus disease 2019 (COVID-19) и одним из значимых факторов риска развития неблагоприятных для жизни исходов вследствие повышения содержания глюкозы в крови и других отягощающих факторов у данных пациентов, таких как пожилой возраст, ожирение, высокая частота сопутствующей патологии (артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы) [2].

Гипергликемия при COVID-19 является фактором риска летального исхода из-за повышенного содержания глюкозы в секрете альвеол, увеличения вирусной репликации, нарушения ответа иммунной системы на вирус, изменений структуры и функции легких [3]. Высокая смертность пациентов связана с нейтрофилией, которая возникает из-за гиперцитокинемии, вызванной инвазией вируса, активацией коагуляции, связанной с устойчивым ответом в виде воспаления и острым повреждением почек из-за прямого воздействия вируса [1].

Цель исследования – провести ретроспективный анализ течения COVID-пневмонии при сахарном диабете.

Материалы и методы исследования. Для выполнения данного исследования была проведена работа с историями болезни инфекционного госпиталя ГБУЗ «Брянская городская клиническая больница №4» за период с сентября 2021 года по декабрь 2021 года. Статистическая обработка материалов проведена с помощью компьютерной программы «Статистика Версия».

Результаты исследования. При изучении историй болезни были получены следующие данные: 97 человек в возрасте от 26 до 81 года. Из них 63 женщины (65,0% исследуемых) и 34 мужчины (35,0% исследуемых).

Все пациенты были разделены на 2 группы: I группа – больные COVID-пневмонией с сопутствующим сахарным диабетом (42 человека (43,2% от общего числа исследованных)) и II группа – больные COVID-пневмонией без сахарного диабета (55 человек (56,7% исследованных)). Среди больных COVID-пневмонией с сопутствующим сахарным диабетом 30 женщин (71,4%), остальные 12 человек (28,6%) – мужчины. Из всего числа больных COVID-пневмонией без сахарного диабета 33 женщины (60,0%), 22 человек (40,0%) – мужчины. Все пациенты получали терапию согласно схеме, установленной клиническими рекомендациями (Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции. Версия 14 от 27.12.2021).

В ходе исследования было выявлено, что у больных I группы наблюдаются осложнения, в первую очередь, эти нарушения затрагивали систему дыхания: часто у больных этой группы возникала одышка при физических нагрузках и в покое (у 80,0% пациентов); показатели сатурации ниже 90%; на рентгенографии и КТ – большой объем изменений в легких, поражение легких более чем на 50% через 24–48 часов. В качестве осложнения у пациентов с COVID-пневмонией с сопутствующим сахарным диабетом часто выступает нестабильная гемодинамика (систолическое артериальное давление (АД) <90 мм. рт. ст. или диастолическое АД <60 мм. рт. ст.; диурез <20 мл/ч). Установлено, что более 80,0% больных сахарным диабетом страдают избыточным весом и ожирением, которые, в свою очередь, являются самостоятельным фактором риска тяжелого течения COVID-19. При этом у лиц с ИМТ >35 кг/м² потребность в переводе пациентов на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) увеличивалась в 1,5 раза независимо от возраста, наличия сахарного диабета и артериальной гипертензии в анамнезе.

У больных II группы показатели сатурации находились в пределах 92-98%, одышка при физических нагрузках встречается в 20% случаев, в покое вообще отсутствует. Также у пациентов II группы показатели АД находятся в пределах нормы (систолическое АД >100-110 мм. рт. ст. или диастолическое АД >70-90 мм. рт. ст.).

Летальность больных I группы составляет 28 человек из 42 исследованных I группы (66,7%). Летальность больных II группы составляет 25 человек из 55 исследованных II группы (45,5%). Следовательно, летальность среди больных I группы выше на 21,2% по сравнению с показателями летальности II группы.

Выводы. Проведенный статистический анализ историй болезни пациентов с диагнозом COVID-пневмония с сопутствующим сахарным диабетом и пациентов без сопутствующего сахарного диабета выявил, что больные I группы имеют более тяжелое течение COVID-пневмонии, что обусловлено наличием у данной группы пациентов ухудшающих их состояние факторов, таких как пожилой возраст, большая масса тела,

высокая частота сопутствующей патологии (артериальная гипертензия, заболевания сердечно-сосудистой системы, тромбоэмболии). В связи с этим летальность больных I группы больше. Пациенты II группы имеют более легкое течение COVID-пневмонии, и, следовательно, меньшую летальность.

Список литературы

1. Временные методические рекомендации: "Болезни органов пищеварения в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19)". Версия 2 / О. М. Драпкина, И. В. Маев, И. Г. Бакулин [и др.] // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24. – № 5-2. – С. 4-41. – DOI 10.17116/profmed2021240524.
2. Иевлев, Е. Н. Факторы риска, способствующие возникновению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) среднетяжелой и тяжелой степени тяжести / Е. Н. Иевлев, Р. Р. Бадахшина, Т. В. Данилов // Modern Science. – 2020. – № 12-2. – С. 109-111.
3. Охунов, А. О. Прогнозирование течения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы у больных, перенесших ковид-19 / А. О. Охунов, Ф. М. Абдурахманов // Актуальные исследования. – 2021. – № 25(52). – С. 41-46.

ПРОФЕССИОНАЛ ТАЪЛИМ - ДАВР ТАЛАБИ

Ҳайдарова Б.А.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Даволаш тиббиёт муассасаларига бозор талабларига мос юқори малакали кичик мутахассисларни тайёрлаш вазифасини долзарб қилиб қўймоқда. Бугунги кунда ҳамшираларни ўз касби бўйича чуқур билимли, юқори малакали, юксак маҳоратли, замон талабларининг ўзгаришига мослашувчан, ўз малакасини оширишга интилувчан бўлиши талаб этилади.

Республикамизда профессионал таълим тизимини илғор хорижий тажрибалар асосида такомиллаштириш, бошланғич, ўрта ва ўрта махсус профессионал таълим босқичларини жорий қилиш орқали меҳнат бозори учун малакали ва рақобатбардош кадрлар тайёрлаш ҳамда мазкур жараёнга иш берувчиларни кенг жалб қилиш мақсадида 2020-2021 ўқув йилидан бошлаб янги бошланғич, ўрта ва ўрта махсус профессионал таълим тизими ҳамда табақалаштирилган таълим дастурлари жорий этиладиган таълим муассасалари ташкил этилди. Янгидан ташкил этиладиган профессионал таълим тизими таълим муассасаларида миллий квалификацион рамкалар белгиланади ва касбга оид профессионал стандартлар жорий этилади. Профессионал стандарт деганда битта иш ўрни

ишчидан қандай кўникма ва малака талаб қилса, ушбу ҳолат ўрганилиб, шу асосида модулли ўқув режалари ишлаб чиқилади. Янги турдаги профессионал таълим муассасаларидаги ўқувчиларнинг ўзлари танлаган касблари бўйича етарли билим, кўникма ва малакаларни эгаллаши касб таълими ўқитувчиларининг касбий тайёргарлик даражасига бевосита боғлиқдир. Касб таълимининг ҳозирги энг муҳим муаммоларидан бири – бу битирувчиларни кўп функцияли адекват касбий фаолиятга тайёрлаш ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади профессионал таълим тизими учун бўлажак тиббиёт ходимларини тайёрлаш билан боғлиқ жараёнлардаги муаммоларни тадқиқ этиш ва ижобий натижаларга олиб келувчи таклифлар бериш.

Тадқиқотнинг объекти – ОТМларда тиббиёт ходимларини тайёрлаш таълим жараёни.

Тадқиқотда тизимлилик, қиёсий-мантикий таҳлилларидан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг эмпирик манбани анкета сўровномалари натижалари ташкил этди.

Асосий қисм. Даволаш тиббиёт муассасаларига бозор талабларига мос юқори малакали кичик мутахассисларни тайёрлаш вазифасини долзарб қилиб қўймоқда. Бугунги давр ишчилари ўз касби бўйича чуқур билимли, юқори малакали, юксак маҳоратли, замон талабларининг ўзгаришига мослашувчан, ўз малакасини оширишга интилувчан бўлиши талаб этилади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 6-сентябрати “Профессионал таълим тизимини янада такомиллаштиришга доир қўшимча чора тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5812-сон фармони умумий ўрта, ўрта махсус ва Олий таълим тизими ўртасидаги узвийлик ва узлуксизликни янада ривожлантиришга дастурил амал бўлиб хизмат қилади

Республикада профессионал таълим тизимини илғор хорижий тажрибалар асосида такомиллаштириш, бошланғич, ўрта ва ўрта махсус профессионал таълим босқичларини жорий қилиш орқали меҳнат бозори учун малакали ва рақобатбардош кадрлар тайёрлаш ҳамда мазкур жараёнга иш берувчиларни кенг жалб қилиш мақсадида 2020-2021 ўқув йилидан бошлаб янги бошланғич, ўрта ва ўрта махсус профессионал таълим тизими ҳамда табақалаштирилган таълим дастурлари жорий этиладиган таълим муассасалари ташкил этилди. Янгидан ташкил этиладиган профессионал таълим тизими таълим муассасаларида миллий квалификацион рамакалар белгиланади ва касбга оид профессионал стандартлар жорий этилади. Профессионал стандарт деганда битта иш ўрни ишчидан қандай кўникма ва малака талаб қилса, ушбу ҳолат ўрганилиб, шу асосида модулли ўқув режалари ишлаб чиқилади. Янги турдаги профессионал таълим муассасаларидаги ўқувчиларнинг ўзлари танлаган касблари бўйича етарли билим, кўникма ва малакаларни эгаллаши касб таълими ўқитувчиларининг касбий тайёргарлик даражасига

бевосита боғлиқдир. Касб таълимининг ҳозирги энг муҳим муаммоларидан бири – бу битирувчиларни кўп функцияли адекват касбий фаолиятга тайёрлаш ҳисобланади.

Касб-ҳунар мактабларида машғулотлар самарадорлигини оширишда, унинг умумий ҳолда лойиҳаланишини таъминлаш, уни ташкил этишдан кўзланган муайян курс доирасида ифодаланган мавзулар бўйича мақсад ва вазифаларни аниқлаш, унга эришиш йўлида бажариладиган вазифаларни пухта белгилаш, машғулот мавзулари мазмунини ишлаб чиқиш, ташкилий шакл, метод, технология ва воситаларини танлаш, касбий фаолликни умумий назорат қилишнинг шакл, метод ва усуллари аниқлаш кабилар муҳим аҳамият касб этади.

Машғулотларини ташкил этиш, унинг самарадорлигини оширишнинг муҳимлиги, касб-ҳунар эгаллаётган ўқувчилар ёш хусусиятларига кўра мустақил фаолият юритишга тайёрланиш, микросоциумда ўз ўрнини топишга интилиш, ҳаётий мақсадни белгилаб олиш, маънавий-ахлоқий хулқ-атворини такомиллаштириш, касбий фаолият йўналишини қатъий белгилаб олишга нисбатан жиддий муносабатда бўлади.

Фақат касб таълими йўналишини битирган ўқитувчиларгина шундай инсонларнинг етишиб чиқишини таъминлайдиларки, бундай инсонлар касбий фаолиятда шахсий ва ижтимоий ҳаётдаги ўз ўринларини топишда ижодий изланадилар.

ПРОФЕССИОНАЛ ТИББИЙ ТАЪЛИМДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА МЕТОДИК ТАЪМИНОТИНИ ТАЪМИНЛАШ

Ҳайдарова Б.А.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Даволаш тиббиёт муассасаларига бозор талабларига мос юқори малакали кичик мутахассисларни тайёрлаш вазифасини долзарб қилиб қўймоқда. Бугунги давр ишчилари ўз касби бўйича чуқур билимли, юқори малакали, юксак маҳоратли, замон талабларининг ўзгаришига мослашувчан, ўз малакасини оширишга интилувчан бўлиши талаб этилади.

Профessional стандарт деганда битта иш ўрни ишчидан қандай кўникма ва малака талаб қилса, ушбу ҳолат ўрганилиб, шу асосида модулли ўқув режалари ишлаб чиқилади. Янги турдаги профессионал таълим муассасаларидаги ўқувчиларнинг ўзлари танлаган касблари бўйича етарли билим, кўникма ва малакаларни эгаллаши касб таълими ўқитувчиларининг касбий тайёргарлик даражасига бевосита боғлиқдир. Касб таълимининг ҳозирги энг муҳим муаммоларидан бири - бу битирувчиларни кўп функцияли адекват касбий фаолиятга тайёрлаш ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади профессионал таълим тизими учун бўлажак тиббиёт ходимларини тайёрлаш билан боғлиқ жараёнлардаги муаммоларни тадқиқ этиш ва ижобий натижаларга олиб келувчи таклифлар бериш.

Тадқиқотнинг объекти – Тиббиёт техникумларида бўлажак ҳамшираларни тайёрлаш таълим жараёни.

Тадқиқотда тизимлилик, қиёсий-мантикий таҳлилларидан фойдаланилади.

Тадқиқотнинг эмпирик манбани анкета сўровномалари натижалари ташкил этади.

Асосий қисм. Даволаш тиббиёт муассасаларига бозор талабларига мос юқори малакали кичик мутахассисларни тайёрлаш вазифасини долзарб қилиб қўймоқда. Бугунги давр ҳамширалари ўз касби бўйича чуқур билимли, юқори малакали, юксак маҳоратли, замон талабларининг ўзгаришига мослашувчан, ўз малакасини оширишга интилувчан бўлиши талаб этилади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 6-сентябрани “Профессионал таълим тизимини янада такомиллаштиришга доир қўшимча чора тадбирлар тўғрисида”ги ПФ-5812-сон фармони умумий ўрта, ўрта махсус ва Олий таълим тизими ўртасидаги узвийлик ва узлуксизликни янада ривожлантиришга дастурил амал бўлиб хизмат қилади.

Республикаимизда профессионал таълим тизимини илғор хорижий тажрибалар асосида такомиллаштириш, тиббиёт техникумларида профессионал таълим босқичларини жорий қилиш орқали меҳнат бозори учун малакали ва рақобатбардош кадрлар тайёрлаш ҳамда мазкур жараёнга иш берувчиларни кенг жалб қилиш мақсадида 2020-2021 ўқув йилидан бошлаб профессионал таълим тизими ҳамда табақалаштирилган таълим дастурлари жорий этиладиган таълим муассасалари ташкил этилди. Янгидан ташкил этиладиган профессионал таълим тизими таълим муассасаларида миллий квалификацион рамкалар белгиланади ва касбга оид профессионал стандартлар жорий этилади.

Тиббиёт техникумларда амалий ва клиник машғулотлар самарадорлигини оширишда, мавзулар бўйича мақсад ва вазифаларни аниқлаш, уни бажариш учун вазифаларни пухта белгилаш, машғулот мавзулари мазмунини ишлаб чиқиш, ташкилий шакл, метод, технология ва воситаларини танлаш, касбий фаолликни умумий назорат қилишнинг шакл, метод ва усулларини аниқлаш кабилар муҳим аҳамият касб этади.

Ушбу жараёнда таълим самарадорлигини ошириш, бўлажак ҳамшираларни чуқур билимли, юқори билимли ва малакали касб эгалари қилиб тайёрлаш, микросоциумда ўз ўрнини топишга интилиш, ҳаётий мақсадни белгилаб олиш, маънавий-ахлоқий хулқ-атворини такомиллаштириш, касбий фаолият йўналишини қатъий белгилаб олишга нисбатан жиддий муносабатда бўлади.

Фақат касб таълими йўналишини битирган ўқитувчиларгина шундай инсонларнинг етишиб чиқишини таъминлайдиларки, бундай инсонлар касбий фаолиятда шахсий ва ижтимоий ҳаётдаги ўз ўринларини топишда ижодий изланадилар.

ТАЪЛИМНИНГ ИНТЕГРАЦИОН ТАШКИЛИЙ ШАКЛЛАРИ

Ҳайдарова Б.А.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Ўзбекистон

Республикамизда амалга оширилаётган ижтимоий-иқтисодий ислохотлар тизимида миллий иқтисодиётни модернизациялаш жараёнлари алоҳида ўрин тутди. Меҳнат бозори талабларига мувофиқ рақобатбардош кадрлар тайёрлаш тизими шаклланди ва ривожланиб бормоқда. Миллий таълим тизимини ислоҳ қилиш масалаларида таълим турлари орасида интеграцияни ривожлантириш масалалари муҳим аҳамият касб этмоқда. Интеграция бу, малакали мутахассисларни тайёрлашнинг бош омилидир.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 8 октябрдаги ПФ-5847-сонли Фармони билан тасдиқланган “Ўзбекистон Республикаси олий таълим тизимини 2030 йилгача ривожлантириш концепцияси”да “гуманитар ва педагогик йўналишларда кадрлар тайёрлаш сифатига эътиборни кучайтириш, педагогик таълим йўналишлари ва мутахассисликлари бўйича ўқув режа ва дастурларини илғор хорижий тажриба асосида қайта кўриб чиқиш ва такомиллаштириш” кўрсатиб ўтилган.

Тиббиёт ОТМларда бўлажак тиббиёт ходимларини касбий фаолиятга тайёрлашда уларнинг касбий тайёргарлигига давлат томонидан қўйилаётган талаблар бугунги куннинг долзарб масаласидир. Шундай экан, бугунги давр ишчилари ўз касби бўйича чуқур билимли, юқори малакали, юксак маҳоратли, замон талабларининг ўзгаришига мослашувчан, ўз малакасини оширишга интилувчан бўлиши талаб этилади. ОТМларда бўлажак тиббиёт ходимларини касбий фаолиятга тайёрлашда уларнинг касбий тайёргарлигига давлат томонидан қўйилаётган талабларга биноан, олий таълим муассасаларида тахсил олаётган талабаларга амалий ва клиник дарс машғулотларини клиник базаларда ташкиллаб, шу муассасада фаолият кўрсатиб турган шифокорлар билан биргаликда таълимнинг интеграцион илмий асосларини ишлаб чиқиш зарур.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 апрелдаги “Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2909-сонли Қарорида “... таълим жараёнини, олий таълимнинг ўқув режа ва дастурларини янги педагогик технологиялар ва ўқитиш усулларини кенг жорий этиш, магистратура илмий-таълим

жараёнини сифат жиҳатидан янгилаш ва замонавий ташкилий шаклларни жорий этиш асосида янада такомиллаштириш” вазифалари кўрсатиб ўтилган.

Ўқитувчи - ўқув материални ўзлаштириш жараёнининг ташкилотчисидир, модомики шундай экан, у ҳамма ташкилий шакллардаги ўқитиш ме-тодикаларини (маърузалар, амалий машғулотлар, семинар машғулотлари, талабаларнинг мустақил ишлари методикаларини) билиши, эгаллаб олган бўлиши керак. Ўқитувчи билан талабанинг ўзаро таъсири натижасида талаба маълум билимларни шунчаки ўзлаштириб, яъни ўрганиб олишидан ташқари бир вақтнинг ўзида яна билиш ва хатти-ҳаракатлар қилишининг янги тамойили ва методини ўзлаштириб олади, яъни ривожланиб боради.

Тиббиёт олий таълим муассасалари фаолиятини самарали ташкил этишга йўналтирилган педагогик фаолият мазмуни ҳамда олиб борилган кузатишларнинг моҳиятидан келиб чиққан ҳолда шуни таъкидлаш лозимки, мазкур жараён самарадорлигини таъминловчи муҳим омил, бу интеграциялашган амалий ва клиник машғулотларни ташкил этишга нисбатан янгича ёндашувни шакллантиришдан иборатдир. Ноанъанавий шакл, метод, технология ва воситалар ёрдамида дарс машғулотларни амалга ошириш ўзининг ижобий натижаларини беради ва унинг самарадорлигини таъминлайди.

Ҳар бир типдаги машғулотлар учун педагогик системада уларнинг ўзига хос бўлган хусусиятлари бор. Тушунчалар ва хатти-ҳаракатларнинг шаклланишини ўқитувчи бошқариб борадиган асосий машғулот тури амалий машғулотлар бўлиб, уни ўтказиш методикаси педагогик тажриба ва маҳоратга боғлиқдир. Бу жараёни тинмай ўрганиб бориш керак, чунки ўқитувчининг ўз касбига моҳирлиги ўқитиш технологиялари мажмуасини эгаллаб олганлиги билан белгиланади.

Амалий машғулотлар талабада идрок ва хотира, диққат-эътибор ва тафаккур, тасаввур ва мантиқни бирлаштириши керак, унда ўзлаштиришга эҳтиёж ва майл-рағбат нечоғлиқ зўр бўлса, натижа ҳам шунчалик самарали бўлиб чиқади. Буюк Саъдийнинг: «Иштиёқсиз бўлиб ўқийдиган ўқувчи қанотсиз қушдек деган гап» деб айтиб ўтгани бежиз эмас.

Лекин ўқишга ҳамиша иштиёқ бўлиши учун бизнинг ҳар биримиз машҳур педагог К. Ушинскийнинг: «Ўқувчи - бўш жойини тўлдириш керак бўлган идиш эмас, у - ёндириш керак бўлган машъаладир», деган маслаҳатларига амал қилиб боришимиз керак. Ўқишга иштиёқ, қизиқиш уйғотиш, айниқса ундан хузур топиб, мамнун бўлиш, маълумки, уни олиб боришда энг яхши натижаларни беради. Билимлар, кўникма ва малакаларни ўзлаштиришда талабанинг фаоллигини, қизиқиши, ижодий мустақиллигини оширишга қаратилган замонавий педагогик технологиялар ана шунга кўп жиҳатдан йўл очади.

Позицияларининг мустахкамлиги билан ҳамиша алоҳида бўлиб келган тиббий таълимга сўнгги йилларда айнан ана шундай фаол методлар жорий этиб келинмоқда.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОТДЕЛЕНИЯХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Хайдарова Б.А., Эгамбердиева Г.Н.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Актуальность исследования. Сестринское дело является важнейшей составной частью системы здравоохранения, располагающей значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и квалифицированной медицинской помощи.

В настоящее время сестринский персонал, составляющий самую многочисленную категорию работников здравоохранения, и предоставляемые им услуги рассматриваются как ценный ресурс системы здравоохранения. Мировая практика показывает, что рациональное использование сестринских кадров ведет к значительному улучшению качества оказываемых медицинских услуг и повышению эффективности медицинской помощи в целом (Кудрина Т.В., 2002; Карева Т.И., 2003; Слепушенко И.О., 2004; Чельцова А.А., Камынина Н.Н., 2007; Гажева А.В. и соавт., 2007; Лебедева И.В., Каспрук Л.И., 2008).

Вместе с тем, развитие всех видов специализированной высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП), в том числе и кардиологической, применение новейших методов диагностики и лечения выдвигают и новые требования к подготовке медицинских сестер и управлению сестринской деятельностью, что и определило актуальность исследования, обусловило выбор темы и направление анализа проблем.

Целью исследования является совершенствование организации работы сестринского персонала и разработка модели управления сестринской службой в отделениях высокотехнологичной кардиологической помощи.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

1. Провести анализ основных тенденций развития региональной сестринской службы в условиях оказания высокотехнологичной медицинской помощи и профессиональной подготовки среднего медицинского персонала.

2. Изучить функциональные обязанности сестринского персонала отделений ВТМП кардиологического профиля и его роль в формировании лекарственного сопровождения лечебно-диагностического процесса.

3. Оценить уровень удовлетворенности пациентов отделений ВТМП кардиологического профиля уровнем, объемом и качеством оказания им сестринской помощи.

4. Дать оценку состоянию постдипломной профессиональной подготовки сестринского персонала отделений ВТМП кардиологического профиля.

5. Разработать систему контроля деятельности сестринского персонала и модель управления сестринской службой в отделениях ВТМП кардиологического профиля.

Научная новизна исследования: На основе хронометражного исследования установлены трудозатраты сестринского персонала отделений ВТМП кардиологического профиля на проведение основных и вспомогательных работ, дана оценка роли сестринского персонала в формировании лекарственного сопровождения лечебно-диагностического процесса в отделениях высоких технологий.

Базируясь на данных социологических исследований, изучена удовлетворенность пациентов сестринской помощью в отделениях высоких технологий кардиологического профиля и выявлены мотивационные факторы, побуждающие к трудовой деятельности сестринский персонал отделений ВТМП.

С учетом современных требований к компетенции медицинских сестер, разработан методический подход к повышению образовательного уровня и определен дополнительный объем знаний по профессиональной переподготовке среднего медицинского персонала отделений ВТМП кардиологического профиля.

С применением методов логического и функционального моделирования разработана система контроля деятельности сестринского персонала и построена модель управления сестринской службой отделений высоких технологий.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПОЛИСА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Хакимова Р.А., Абдумананова Р.К., Максумова Д.К.

Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

РЕЗЮМЕ

В доступной литературе мы не нашли исследований, посвященных изучению влияния неспецифических заболеваний ротовой полости на течение туберкулеза и лечение данных заболеваний с помощью прополиса. Проведено исследование 38 детей в возрасте от 3 лет до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Андijanского областного центра фтизиатрии и пульмонологии по поводу туберкулезной интоксикации и бронхоаденита, имеющих в анамнезе не специфические заболевания ротовой полости. В комплексе лечения наряду с противотуберкулезными препаратами в схему лечения включено полоскание ротовой полости с 2% спиртовым раствором прополиса разведенного в половине стакана теплой воды. Курс лечения составил 7- 10 дней. В результате проведенного лечения у больных наступало заметное улучшение фарингоскопической картины: из лакун исчезало патологическое содержимое, прекращался неприятный запах изо рта, уменьшался регионарный лимфаденит. улучшился аппетит.

Ключевые слова: туберкулез, неспецифические заболевания ротовой полости, кариес зубов, лечение прополисом

THE USE OF PROPOLIS FOR THE TREATMENT OF NONSPECIFIC DISEASES OF THE PHARYNX AND ORAL CAVITY IN CHILDREN WITH TUBERCULOSIS

Khakimova R.A., Abdumanapova R.K., Maksumova D.K.

Andijan State Medical Institute, Department of Phthisiology

Resume

In the available literature, we have not found studies devoted to the study of the effect of non-specific diseases of the oral cavity on the course of tuberculosis and the treatment of these diseases with propolis. A study was conducted of 38 children aged 3 to 14 years who were hospitalized in the children's department of the Andijan Regional Center of Phthisiology and Pulmonology for tuberculosis intoxication and bronchoadenitis, who have a history of non-specific diseases of the oral cavity. In the treatment complex, along with anti-tuberculosis drugs, the treatment regimen includes rinsing the oral cavity with a 2% alcohol solution of propolis diluted in half a glass of warm water. The course of treatment was 7-10 days . As a result of the treatment, patients had a noticeable improvement in the pharyngoscopic picture: pathological contents disappeared from the lacunae, bad breath stopped, regional lymphadenitis decreased. improved appetite.

Keywords: tuberculosis, nonspecific diseases of the oral cavity, dental caries, treatment with propolis.

Актуальность. Слизистая оболочка полости рта почти всегда бывает вовлечена в патологический процесс различных заболеваниях и патологических состояниях. Однако характер этих изменений разнообразный и зависит от этиологии, от индивидуальных особенностей организма, возраста, физического состояния, генетического статуса и т. [1,2,3,5]. Нередко патология ротовой полости, наличие кариозных зубов, хронический тонзиллит может усугублять течение туберкулеза, а в некоторых случаях создается необходимость данные заболевания дифференцировать с до локальными формами туберкулеза. В доступной литературе мы не нашли исследований, посвященных изучению влияния неспецифических заболеваний ротовой полости на течение туберкулеза и лечение данных заболеваний с помощью прополиса.

Прополис «пчелиный клей» обладает обширным спектром действия. Доказано наличие у прополиса способность прополиса при местном применении диффундировать в ткани, а также его антисептические: включающего воздействие на бактерии, вирусы, простейшие, грибы, цитостатического, противовоспалительные и репаративные свойства иммуностимулирующего, анестезирующего, антиоксидантного [4].

Широкое распространение получил при лечении многих заболеваний верхних дыхательных путей (ВДП) и уха 2, 3, 5 и 10% спиртовой раствор (настойка) прополиса. В аптечную сеть России он поступает во флаконах из темного стекла по 25 или 50 мл преимущественно 10% спиртового раствора.

При хронически текущих процессах в небных миндалинах, фарингите, рините при медикаментозном стоматите проводили полоскание полости рта и горла спиртовой настойки прополиса 15 мл 10% растворяли в половине стакана теплой воды, полоскание проводили 3- 4 раза в день в течение недели.

Материалы и методы исследования: нами проведено исследование 38 детей в возрасте от 3 лет до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском отделении Андижанского областного центра фтизиатрии и пульмонологии по поводу туберкулезной интоксикации и бронхоаденита, имеющих в анамнезе не специфические заболевания ротовой полости.

Результаты исследования и их обсуждение: Всем детям при поступлении после проведенного комплексного исследования: включающее рутинные методы исследования, а также проводился Диаскинтест и при подозрении на туберкулез внутригрудных лимфатических узлов проводилась компьютерная томограмма. У 23 пациентов установлен диагноз- туберкулезная интоксикация, у 15 – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (у 6- малая форма туберкулеза внутригрудных лимфоузлов у 9- инфильтративная

форма). Всем пациентам клинический диагноз установлен на центральной врачебной комиссии центра. Кроме того все пациенты осмотрены ЛОР специалистом, стоматологом.

У пациентов, включенных в разработку, выявлены хронические неспецифические инфекции в небных миндалинах, кариозные зубы, которые способствовали нарастанию симптомов туберкулезной интоксикации, выражающейся длительным субфебрилитетом, слабостью, снижением аппетита, болью при глотании и болью в зубах.

У детей дошкольного возраста- 27 у всех выявлены кариозные зубы в среднем 2-4; всего 5 детей регулярно чистят зубы, остальные от случая к случаю ; в то время как у детей с 8 по 14 лет из 11, только у 3 по 1 кариозному зубу. Такое явления связано с тем, что в школе проводится разъяснительная работа, дети самостоятельно регулярно чистят зубы.

Хронический тонзиллит диагностирован у 7, у этих пациентов были жалобы на боли в горле, неприятный запах изо рта. При осмотре у 4 пациентов отмечалось расширение лаку, гиперемия миндалин, при пальпации периферических лимфатических узлов у 4 отмечалось увеличение подчелюстных и переднее шейных групп, размерами 1,5-2 см, плотноватой консистенции.

Показатели гемограммы у всех пациентов оставались в пределах нормы. У 4 пациентов развился стоматит, после приема противотуберкулезных препаратов, пациенты жаловались на обильное слюноотделение, боли в языке, усиливающиеся во время приема пищи, снижение аппетита. В комплексе лечения наряду с противотуберкулезными препаратами в схему лечения включено полоскание ротовой полости с 2% спиртовым раствором прополиса разведенного в половине стакана теплой воды. Курс лечения составил 7- 10 дней.

В результате проведенного лечения у больных наступало заметное улучшение фарингоскопической картины: из лакун исчезало патологическое содержимое, прекращался неприятный запах изо рта, уменьшался регионарный лимфаденит. улучшился аппетит.

Выводы: у детей, страдающих долокальными и локальными формами туберкулеза, хронические неспецифические болезни и кариозные зубы приводят к усилению симптомов интоксикации, длительному сохранению субфебрилета. Раннее выявление и лечение их прополисом, а также обучение гигиене полости рта среди младших детей способствует уменьшения интоксикации, санации ротовой полости

ЛИТЕРАТУРА:

1.Бокучава Е. Г. Специфическая и неспецифическая иммунопрофилактика респираторных инфекций и гриппа у детей с аллергическими болезнями автореф. Дисс. К.м.н. на соискание учю степени к.м.н. Москва, 2015, с.23

2. Вейсгейм Л.Д., Дубачева С.М. , Гаврикова Л.М. Комплексное лечение кандидоза полости рта// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 2 – С. 48-51

3.Зыкеева С.К.,. Билисбаева М.О . изменения слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях у детей и подростков// Вестник Казахского Национального медицинского университета 2019,№ 1, с.179-183

4.Омаров Ш.М., Гаджимирзаев Г.А., Гаджимирзаева Р.Г., Омарова З.Ш. Прополисотерапия в оториноларингологии. Вестник оториноларингологии. // 2016;81(5):30-32.

5.Чуйкин С. В., Акатьева Г. Г., Афлаханова Г. Р., Егорова Е.Г.. Заболевания слизистой оболочки полости рта у детей: лекции по детской терапевтической стоматологии для студентов стоматологического факультета, обучающихся по специальности 060105 «Стоматология»– Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздра России, 2013. - с. 66-76

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

**Хакимова Р.А., Кучкарова М.Ф., Хакимов Н.С., Адукадилова Г.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан**

РЕЗЮМЕ

У 28 пациентов перенесших коронавирусную инфекцию на фоне сахарного диабета II типа по истечении 3- 5 месяцев наблюдалось развитие туберкулеза легких. В исследованной группе преобладали лица мужского возраста в возрасте 41- 50 лет. У 22 пациентов площадь поражения легких составила 35-55%, все они получали стационарное лечение в специализированных стационарах. У пациентов с сахарным диабетом второго типа, после перенесенного ковидной инфекции с обширным поражением паренхимы развивался туберкулез, чем позже выявлен туберкулез, тем тяжелее протекает процесс в легких с преобладанием казеозного некроза и распадом. Также, в данной группе пациентов

добиться компенсации диабета крайне сложно, появление широкой лекарственной устойчивости в сочетании с фиброзно-кавернозным туберкулезом приводит к летальному исходу.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, туберкулез, особенности течения у больных сахарным диабетом II типа

CLINICAL COURSE OF TUBERCULOSIS INFECTION IN PATIENTS AFTER CORONAVIRUS INFECTION ON THE BACKGROUND OF TYPE II DIABETES MELLITUS

Khakimova R.A., Kuchkarova M.F., Khakimov N.S., Abdukodirova G.

Andijan State Medical Institute, Uzbekistan

Resume:

In 28 patients who had a coronavirus infection on the background of type II diabetes mellitus, after 3 to 5 months, the development of pulmonary tuberculosis was observed. In the studied group, males aged 41-50 years prevailed. In 22 patients, the lung lesion area was 35-55%, and all of them received hospital treatment in specialized hospitals. In patients with type 2 diabetes mellitus, tuberculosis developed after a covid infection with extensive parenchyma damage, the later tuberculosis was detected, the more severe the process in the lungs with a predominance of caseous necrosis and decay. Also, in this group of patients, it is extremely difficult to achieve diabetes compensation, the appearance of widespread drug resistance in combination with fibrotic cavernous tuberculosis leads to a fatal outcome.

Keywords: coronavirus infection, tuberculosis, features of the course in patients with type II diabetes mellitus

Актуальность: Пандемия COVID-19 ее влияние на течение различных заболеваний, таких как сахарный диабет и туберкулез является далеко не изученной проблемой, которая в настоящее время находится на стадии изучения [1, 3], Изученная литература по этой проблеме установило, что по мнению многих авторов [1, 2, 3, 4] риск повышения смертности от туберкулезной инфекции на фоне пандемии COVID-19 [5], что может быть связано со снижением мер по выявлению больных туберкулезом и высоким риском тяжелого течения коронавирусной инфекции у данной категории пациентов. По данным Старшиновой А.А. у больных COVID-19 чаще всего встречалась артериальная гипертензия, в два раза реже - сахарный диабет и значительно реже - хронические болезни

легких, причем у этих пациентов, коронавирусная инфекция протекала тяжело, с обширными поражениями легких.

В доступной литературе мы не нашли данных о клиническом течении туберкулеза на фоне перенесенного ковида сочетанного с сахарным диабетом II типа.

Целью исследования явилось: изучение аспектов течения туберкулеза на фоне сахарного диабета и после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования: нами обследовано 96 пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию у которых в последующем выявлен туберкулез и они получали лечение в Андижанском областном центре фтизиатрии и пульмонологии с ноября 2021 по март 2022 года.

Результаты исследования и их обсуждение: У 28 пациентов коронавирусная инфекция развилась на фоне сахарного диабета II типа. В исследованной группе преобладали лица мужского возраста в возрасте 41- 50 лет. У 22 пациентов площадь поражения легких составила 35-55%, все они получали стационарное лечение в специализированных стационарах. После выписки из ковидного центра данные пациенты длительное время наблюдались у эндокринологов, в связи с тем, что сахар крови оставался на высоких цифрах. 26 пациентов были направлены на стационарное лечение в эндокринологический диспансер, где при рентгенологическом исследовании выявлен туберкулез легких, данные пациенты были переведены на лечение в центр фтизиатрии.

У 21 пациента туберкулез легких выявлен через 3-4 месяца после коронавирусной инфекции (это первая группа), у 7 пациентов на 5-6 месяце (2 группа).

В обеих группах диагноз туберкулез установлен на основании клиники, исследование мокроты методом бактериоскопии и ПЦР, пациентам поставлены проба Манту и Диаскинтест, рентгенологическое исследование: обзорная рентгенограмма и компьютерная томография.

1- группа в которой наблюдалось 21 пациент очаговый туберкулез диагностирован у 2 пациентов, у 19 пациентов инфильтративный туберкулез объем поражения в пределах одного легкого, распад выявлен у 17, у всех 21 пациента выявлены микобактерии, у 18 с сохраненной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам, у 3 пациентов установлена множественная лекарственная устойчивость.

Во второй группе у 5 пациентов выявлен двусторонний инфильтративный туберкулез с распадом и бактериовыделением, у 2 пациентов диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез легких, с множественной лекарственной устойчивостью, состояние этих больных крайне тяжелым, сахар в крови составил 17 и 20 ммоль/л, выраженная макро и микро ангиопатия. Несмотря на комплексную терапию, контроль за

сахаром, процесс в легких приобрел прогрессирующее течение и спасти данных больных не представилось возможным.

Выводы: у пациентов с сахарным диабетом второго типа, после перенесенного ковидной инфекции с обширным поражением паренхимы легких через 3- 5 месяцев наблюдается присоединение туберкулеза, чем позже выявлен туберкулез, тем тяжелее протекает процесс в легких, также в данной группе пациентов добиться компенсации диабета крайне сложно, появление широкой лекарственной устойчивости в сочетании с фиброзно- кавернозным туберкулезом приводит к летальному исходу.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Старшинова А.А., Довгалюк И.Ф. Туберкулез в структуре коморбидной патологии у больных COVID-19, Тихоокеанский медицинский журнал 2021 № 1, с 10-20

2. Hogan AB, Jewell BL, Sherrard-Smith E, Vesga JF, Watson OJ, Whittaker C, et al. Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: A modelling study. LancetGlobHealth. 2020;8(9):e1132-41

3. Singh A, Prasad R, Gupta A, Das K, Gupta N. Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 and pulmonary tuberculosis: convergence can be fatal (Review). Monaldi Arch Chest Dis. 2020;90(3). doi: 10.4081/monaldi.2020.1368

4.. Togun T, Kampmann B, Stoker N.G., Lipman M. Anticipating the impact of the COVID-19 pandemic on TB patients and TB control programmes. Ann Clin Microbiol Antimicrob. 2020;19:21. doi: 10.1186/s12941-020-00363-1

5 . Stochino C, Villa S, Zucchi P, Parravicini P, Gori A, Ravi-glione MC. Clinical characteristics of COVID-19 and active tuberculosis co-infection in an Italian reference hospital. Eur Respir J. 2020;56:2001708. doi: 10.1183/13993003.01708-2020

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Халилова О.С., Кодирова А.З., Сайдахмедов И.О.

Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Известны массовые случаи заболевания бронхиальной астмой среди населения, проживающего в районах расположения нефтеперерабатывающего завода (ФНПЗ).

В.П. Есиновский, наблюдая зону действия завода ФНПЗ, отметил, что число аллергических заболеваний возросло в 37 раз уже через год после ввода его в строй.

Частота обнаружения гиперчувствительности среди населения, не занятого производством продукта, составляет 65% (реакция преципитации с антигеном) и 54% (реакция дегрануляции базофилов).

Основными клиническими формами аллергозов являются аллергический дерматит, конъюнктивит, ринит, назофарингит, астматический бронхит, экзогенный аллергический альвеолит, крапивница. Доказана роль грибов *Candida* в этиологии бронхиальной астмы, об этом сообщают и зарубежные авторы.

Произвели обследование следующих групп: больные, находившихся в одном из лечебных учреждений города, практически здоровые сотрудники завода ФНПЗ и практически здоровые жители города, не связанные с производством ФНПЗ.

Были проведены осмотр, оценка клинических данных обследования, кожные пробы с аллергенами *Candida albicans*. Все больные были доставлены в стационар по поводу приступов удушья. К моменту обследования у большинства из них приступы прекратились. У 7 из 111 поступивших в стационар, была тяжелая дыхательная недостаточность по обструктивному типу. У 1 больной развился астматический статус, у 2 заболевание осложнилось очаговой пневмонией, у 4-экссудативным плевритом. При купировании приступов удушья наблюдалась резистентность к симпатомиметикам и эуфиллину, а так же у тех больных, которые ранее страдали бронхиальной астмой и систематически применяли эти препараты в ингаляторах. Только при добавлении глюкокортикоидов бронхоспазм прекращался.

Приведенные данные позволяют сделать вывод о сенсibilизирующем влиянии ФНПЗ на жителей города, что может послужить причиной массовой вспышки бронхиальной астмы. Большое количество лиц с гиперчувствительностью немедленного типа к аллергену ФНПЗ, среди еще не заболевших, свидетельствует о риске подобных вспышек.

Наблюдения показали, что длительное влияние продуктов ФНПЗ малой интенсивности привело к формированию гиперчувствительности немедленного типа, в виде вспышки бронхиальной астмы, а при профессиональном контакте с теми же продуктами формируется в основном гиперчувствительность замедленного типа, преимущественно кожные формы.

Таким образом, в экологическом влиянии на человека природа является посредником между действующим фактором (аллергеном) и объектом воздействия (человеком). Изменяя свойства антигена, можно прийти к однотипному иммунному и клиническому ответу у группы больных. Поэтому и прогнозирование, и профилактика

вероятной вспышки должны основываться на оценке сенсibilизированности населения селитебных зон нефтеперерабатывающих заводов.

QANDLI DIABET FONIDA O'PKA ABSESSINI DAVOLASHDA VAC- TERAPIYANI QO'LLASH

Xamdamov Sh.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

Kalit so'zlar: o'pka absessi, qandli diabet, VAC-terapiya.

Oxirgi yillarda jarrohlik yunalishlarining jadal rivojlanishi, shuningdek zamonaviy kombinirlangan antibakterial preparatlarning qo'llanilishiga qaramasdan, o'pka absessi kechishi jixatidan o'pkaning o'tkir yiringli-destruktiv kasalliklari orasida murakkab holat hisoblanadi. Shu bilan birga, qandli diabet kasallik fonida barcha hollarda kasallikni kechishini og'irlashtiruvchi omil hisoblanadi.

Maqsad: VAC-terapiyadan foydalangan holda o'tkir yiringli-destruktiv o'pka kasalliklari bo'lgan bemorlarda yiringli bo'shliqni sanatsiya qilishning innovatsion usullarini ishlab chiqish va qo'llash orqali davolash natijalarini yaxshilash.

Materiallar va usullar. 2018-2021 yillar davomida Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasi yiringli jarrohlik va qandli diabetning yiringli jarrohlik asoratlari bo'limida qandli diabet fonida o'tkir o'pka absessi bilan og'rigan 82 nafar bemor davolandi, ularda bemorning ahvoli og'irlik darajasiga, yiringlash jarayoni va lokalizatsiyasiga qarab VAC terapiyasidan foydalanildi. O'pka absessining tashxisi klinik, laboratoriya va mikrobiologik tadqiqotlar, rentgenologik tekshiruv natijalari, MSKT ma'lumotlariga asoslangan.

Natijalar va ularning muhokamasi. Qandli diabet fonida o'pka absessi bo'lgan bemorlarni davolashning umumiy yo'nalishi - zamonaviy minimal invaziv texnologiyadan (VAC) foydalangan holda kompleks antibiotikoterapiya bo'ldi. Davolash usulini tanlashda biz patologik jarayonning tabiatini va uning lokalizatsiyasini hisobga oldik (absessning periferik va markaziy joylashuvi, bronxlar bo'shlig'iga yorilishining mavjudligi yoki yo'qligi). Buning asosiy vazifasi absess bo'shlig'ining transtorakal drenajidan foydalangan holda yiringli tarkibni evakuatsiya qilishni tezlashtirish, unda gidrofil poliuretan shimgichli yopishmaydigan drenaj trubkasini qoldirish va uni suyuqlik to'plovchi vakuum idishga ulashdir. VAC-terapiya 3 kun davomida 30-45 mm sim.ust. rejimida 3-5 sutka davomida o'tkazildi. Ushbu usul bo'shliqdan yiringni tezda evakuatsiya qilish, drenaj trubkasi orqali yiringli-chirigan sekretsialarning doimiy adsorbsiyasini amalga oshirish imkonini berdi, bu o'pka to'qimalarida o'tkir yallig'lanish

jarayonining regressiyasiga yordam berdi, natijada esa perifokal infiltratsiyaning pasayishiga va absess bo'shlig'ini qisqa vaqtda kichrayib, likvidatsiyasiga olib keldi. Bunda asosiy yordamchi component, endokrinologning tavsiyalariga binoan qonda qand miqdorini kamaytiradigan dorilarni kompleks davolashga kiritish bo'ldi. To'liq tuzalish 82 bemorning 67 tasida (81,7%) sodir bo'ldi. 11 holatdagi bemorlarda o'pkada quruq qoldiq bo'shliq bilan klinik sog'ayishga erishildi. 4 (4,9%) bemorda asoratlari kuzatildi: 2 (2,5%) bemorda plevra bo'shlig'iga absess yorilishi va 2 (2,5%) bemorda qon ketishi kuzatildi.

Xulosa. VAC-terapiyani qo'llash - qandli diabet fonida o'pka absessini davolashda yiringli bo'shliqni qisqa vaqt ichida tozalash va perifokal infiltratsiyaning kamayishi bilan yallig'lanish jarayonini tezda bartaraf etishga yordam beradigan yangi usuldir.

ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРГА КЎРА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

Хамраев А.А., Арипова Н.Н.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Мақсад: Сурункали панкреатитда (СП) этиологик омилларга кўра касалликни ўзига хос хусусиятларини аниқлаш.

Материал ва услублар. Тадқиқотлар ТТА клиникаси гастроэнтерология бўлимига СП хуружи даврида даволанган 94 (48 эркак ва 46 аёл) 31 ёшдан 83 ёшгача бўлган беморларда ва 20 соғлом волонтерларда ўтказилди. Беморлар СП этиологик омилига кўра 3 гуруҳга бўлинган: 1чи гуруҳга билиар этиологияли 72 бемор, 2чи гуруҳга идиопатик этиологияли 8 бемор, 3чи гуруҳга аралаш этиологияли 14 бемор киритилган. Беморларда клиник-анамнестик, инструментал, копрологик ва биокимёвий текширувлар ўтказилган. Меъда ости беши ташки секретор функцияси етишмовчилиги нажасда эластаза фаоллиги билан баҳоланган, қон зардобиди витамин Д микдори иммунофермент усулида иммунофермент усулида, кальций микдори махсус биотестлардан фойдаланиб аниқланди. Остеопения ва остеопороз ультратовуш денситометр SONOST-3000 OsteoSys аниқланган. Копрологик текширувлар анъанавий усулда ўтказилган. Олинган рақамларга статистик ишлов берилган.

Натижалар. Барча гуруҳларда шикоятлар асосан Мейо–Робсон соҳасида оғриқлар, диспептик кўринишлар, кўнгил айниш, холсизлик, гуруҳлар орасида шикоятлар кўпам фарқланмади. Барча беморлар нажасида эластаза фаоллиги меърий кўрсаткичларга ($208,27 \pm 10,83$ мкг/мл) нисбатан паст бўлган: билиар, идиопатик ва аралаш шикоятларида $171,58 \pm 10,04$; $157,25 \pm 30,26$ ва $124,33 \pm 8,16$ мкг/мл ташкил этган. Қон зардобиди витамин Д

ва кальций миқдори билиар шаклида $20,69 \pm 1,65$ нг/мл ва $1,85 \pm 0,05$ ммоль/л, идиопатикда - $15,87 \pm 5,16$ нг/мл ва $1,67 \pm 0,2$ ммоль/л 2, аралаш шаклида эса $12,88 \pm 1,89$ нг/мл ва $1,75 \pm 0,40$ ммоль/л, назорат гуруҳда - $21,90 \pm 1,53$ нг/мл ва $1,98 \pm 0,03$ ммоль/л ташкил этган. Олинган натижалар СП билиар шаклида 19,4% беморларда витамин Д меёри, 25% - қисман танқислик, 44,4% - танқислик ва 11,2% - кучли танқислик аниқланган бўлса; идиопатик шаклида 75% беморларда - танқислик, 25% эса кучли дефицит; аралаш шаклида 50% беморларда танқислик ва 50% - кучли дефицит кузатилган. Меъда ости беги ультратовуш текширувлари эхосигналлар паренхима тузилишида турлича бўлиши, амплитудаси ва давомийлигининг ўта вариабиллиги барча беморларда аниқланди. Меъда ости безининг катталашishi ҳамда тўқимасининг кальцификацияси СП асосан аралаш шаклига хос бўлди ва витамин Д етишмовчилигида кузатилди. Баъзан СП билиар этиологиясида аъзонинг ўлчамларини катталашishi, панкреатик йўлларда катталашishi, конкрементлар ва кисталар бўлиши ва без тўқимасининг қалинлашishi кузатилди. Шу билан биргаликда витамин Д етишмовчилиги кузатилган беморларда кўпинча тошсиз холецистит, холециститэктомиядан кейинги ҳолат ва реактив гепатит аниқланди. Копрологик текширувлар гепатоген стеаторея, ёғда эрувчи витаминлар ва кальций сўрилишини бузилиши, креаторея, амилорея кузатилди.

Хулосалар:

1. СПнинг билиар шакли 76,6% беморларда аниқланди. Сурункали панкреатитни этиологик шаклларига кўра клиник, функционал, биокимёвий ва копрологик ўзгаришлар хослиги аниқланди.
2. Витамин Д ва кальций етишмовчилиги СП барча шаклларида 85,1% кузатилиб, яққол аралаш шаклида етишмовчилик ва ўта етишмовчилик даражасида намоён бўлди.
3. СП панкреатик безининг ташқи секретор функцияси касаллиқнинг барча шаклларида кузатилиб, кучли етишмовчилик аралаш шаклига хос бўлди ва ўз исботини ультратовуш ва копрологик текширувларда топди.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ COVID-19 ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хлебодарова Е.В., Гиленко А.В.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность исследования. Пандемия Covid-19, которая началась в 2019 году и продолжается по сей день. В начале 2020 года в ВОЗ опубликовали статьи и группы людей, которые входят в группу риска по тяжелому течению вирусного заболевания.

Люди с сердечной недостаточностью входят в большую группу риска по течению данного заболевания. Поэтому очень важно оценить течение ковид пневмонии у такой группы пациентов и составить правильную схему лечения.

Цель исследования: Проанализировать особенности клинической картины COVID-19 пневмонии у больных с сердечной недостаточностью

Материалы и методы исследования проанализировано 120 историй с диагнозом COVID-19 пневмония отделения пульмонологии Курской областной многопрофильной клинической больницы в период с сентября 2021г.-март 2022г. Среди них 83мужчин (69.16%), женщин 37 (30.8%) в возрастном диапазоне от 50-68 лет.

Результаты исследования: Все больные включённые в исследование были разделены на 2 группы; 1 группа больные COVID-19 пневмонией с хронической сердечной недостаточностью (имеющие в анамнезе ИБС, стабильную стенокардию напряжения), в которую вошли 67 человек (55.8%); 2 группа больные COVID-19 пневмонии без сопутствующей патологий (без ХСН), в которую вошли 53 человек (44.2%). Обе группы получали терапию согласно клиническим рекомендациям министерства здравоохранения РФ (актуальная версия 15 от 22.02.22г.). Все пациенты имеющие хроническую сердечную недостаточность продолжали приём антикоагулянтов, бета адрено- блокаторов, ингибиторы АПФ, статины, диуретики. В результате исследования было установлено, что у пациентов 1 группы наблюдались осложнения в виде одышки (53%); тромбоэмболии вен нижней конечности (25%); нарушения ритма (10%); желудочковые тахикардия (5%); фибрилляция предсердий (7%). У больных 2 группы одышка отмечалась в 38% случаев, тромбоэмболиях в 4%, нарушение ритма зарегистрировалось в единичных случаях. У больных 1 группы летальность составила 32%; у второй группы 40% от общего количества

Выводы: Проведённый статистический анализ историй болезни пациентов внебольничной пневмонией с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью и пациентов без сопутствующей патологии(без хронической сердечной недостаточностью) выявил, что больные 1 группы имеют более тяжелое течение COVID-19 пневмонии, что обусловлено наличием у данной группы осложнений, таких как тромбоэмболия вен нижних конечностей, нарушением ритма. В то время как пациенты 2 группы имели более легкое течение COVID-19 пневмонии, следовательно более низкую летальность (32%)в сравнении с пациентами 1 группы, которые имели летальность гораздо выше (40%).

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Хлебодарова Е.В., Ефремова А.А.

Курский Государственный Медицинский Университет, Россия

Актуальность. Лечение covid-19 определило необходимость выявления прогностических факторов риска развития осложненного течения заболевания, критических состояний и смерти. Эндокринные и метаболические нарушения, связанные с ожирением, что будет влиять на лечение и течение самого вирусного заболевания.

Цель исследования: Оценить и проанализировать клиническую картину больных ожирением с вирусной пневмонией Covid-19

Материалы и методы исследования Проведен ретроспективный анализ историй болезней отделения пульмонологии Курской областной многофункциональной клинической больницы в период с сентября 2021г по апрель 2022г.

Результаты: В ходе исследования было изучено 158 истории болезни с диагнозом внебольничной Covid пневмонии. Из них 76 мужчин (%) и 82 женщины (%), возрастная категория от 35 до 55 лет. Все пациенты рандомизированны на 2 группы. Первая группа с Covid-19 пневмонии средней степени тяжести с ожирением 3 степени 84 человека(%); вторая группа с ковид-пневмонией средней степени тяжести без ожирения 74 человек(%). Все пациенты получали терапию согласно временным методическим рекомендациям по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (Covid-19) версия 15 от 22.02.2022. Первая группа: Пациенты имеющие в анамнезе артериальную гипертензию Продолжали прием антигипертензивные препараты (иАПФ и БРА). Артериальная гипертензия у 91% . В первой группе больных установлено прогрессирующий тромбоз нижних конечностей (у 87% пациентов); средняя тяжесть течения Covid- пневмонии сопровождается дыхательной недостаточность и развитием ОРДС у 80% пациентов, осложнения в виде жидкость в плевральной области у 78%, эмпиема плевры у 32%, У больных 2 группы, так же наблюдались артериальная гипертензия у 28% пациентов, тромбообразование нижних конечностей наблюдалось у 35% острый респираторный дистресс-синдром у данной группы пациентов наблюдался у 15%, осложнения в виде жидкость в плевральной области у 38%, эмпиема плевры у 2%. Летальность больных первой группы выше 54% от общего числа больных, тогда как летальность больных из второй группы составляла 12,5%.

Вывод: Проведенный анализ историй болезней установил, что вне зависимости от пола и возраста, больные ковид пневмонией с морбидным ожирением подвергаются высокому риску развития ОРДС, тромбозу нижних конечностей и артериальной гипертензии, осложнений со стороны дыхательной системы (плевральный выпот, эмпиема плевры).

АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (SARS-CoV-2) В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Хлебодарова Е.В., Жеребцова В.Д.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. На данный момент новой коронавирусной инфекцией (Covid-19) в мире были заражены 445 млн человек, выздоровело всего 380 млн, летальных исходов – почти 6 млн. В России около 17 млн заболевших, выздоровевших 15 млн, летальных исходов около 358 тыс. (данные представлены в диаграмме 1) Самое большое число заболевших людей в России(диаграмма 2), в том числе, и в Курской области, пришлось на январь-март 2022 года, включительно.

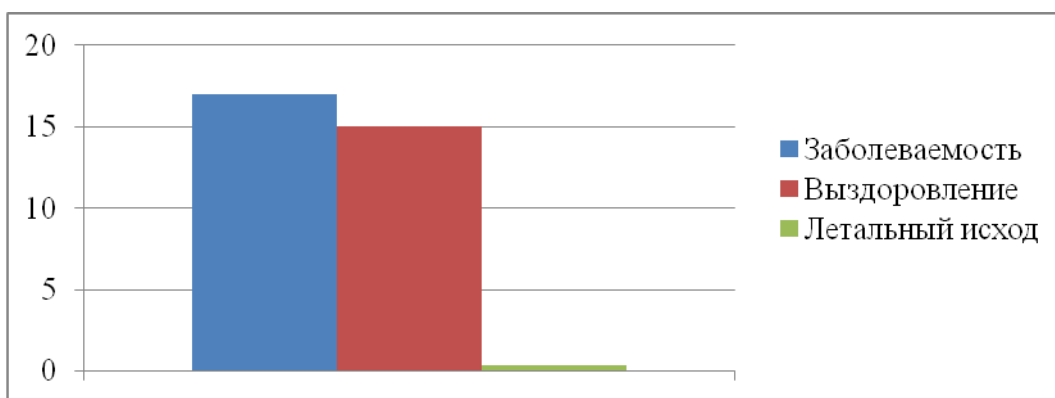


Диаграмма 1. Статистика заболеваемости, выздоровления, летального исхода в России при заболевании SARS-CoV-2 с 31.01.2020г по настоящее время, в млн.

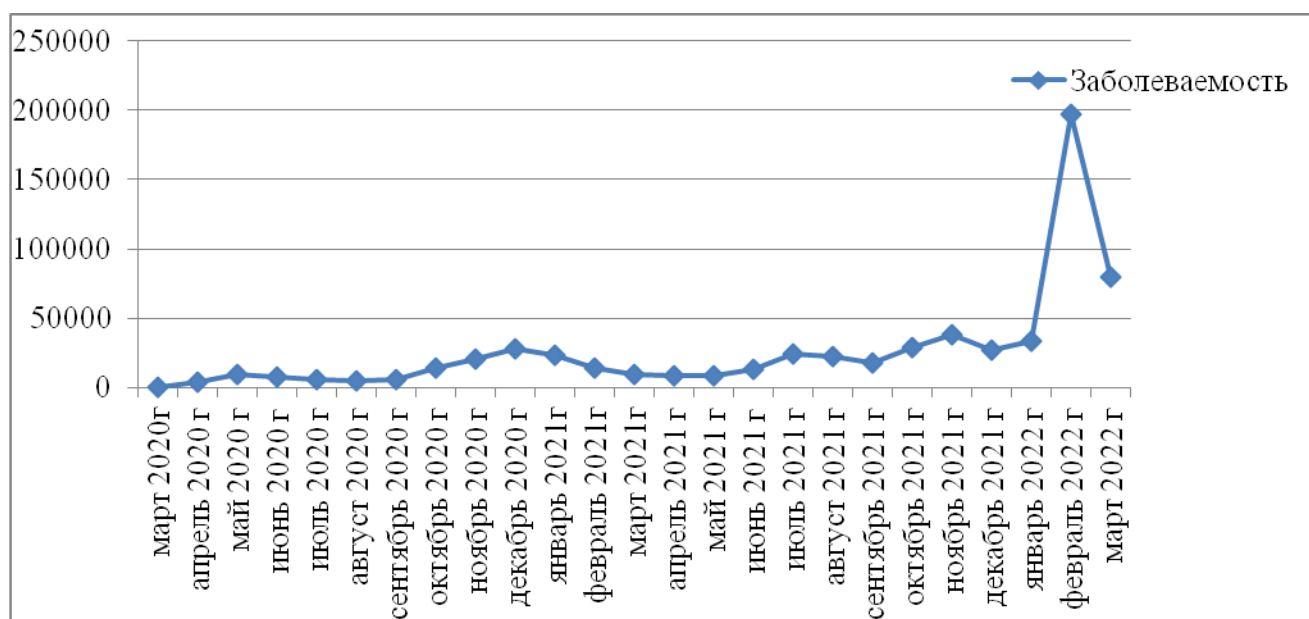


Диаграмма 2. Рост числа заболевших в России людей SARS-CoV-2 с 17.03.2020г по настоящее время, в тыс.

Цель исследования – проанализировать целесообразность назначения антикоагулянтов на догоспитальном этапе при любых формах новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования. На этапе скорой медицинской помощи с октября 2020 года по февраль 2022 года, включительно, были проанализированы карты вызовов (учетная форма № 110/у) ОБУЗ Курской городской станция скорой медицинской помощи, 3 подстанции (СМП) пациентов с новой коронавирусной инфекцией, которые получали лечение в амбулаторных условиях.

Результаты исследования. В результате исследования было проанализировано 20тыс карт вызовов СМП. Из них 7тыс вызовов пришлось на мужчин (42,5 %), а 13 тыс - на женщин (57,5 %). Возрастная категория от 38 лет до 75 лет (средний возраст – 56,5 лет). Для точного анализа все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая группа пациентов (10тыс человек), которым были назначены антикоагулянты во время лечения Covid-19 и кто их принимал правильно; 2-ая группа (10 тыс пациентов) – данным пациентам не были назначены антикоагулянты при Covid-19. При изучении карт вызовов было выяснено, что пациенты, которым были назначены антитромботическая терапия на догоспитальном этапе, процент ишемических и тромбэмболических осложнений значительно ниже (20 %) (на электрокардиограмме (ЭКГ) патологии связанной с ишемией миокарда нет у 8 тыс человек, есть незначительные отклонения, не угрожающие жизни пациентов – 2 тыс человек, жалоб на чувство онемения, парестезий в конечностях нет). А

у пациентов, которые не получали антитромботические средства процент ишемических осложнений выше (60%). Эти пациенты предъявляли жалобы на часто возникающие сжимающие боли в области сердца при незначительной физической нагрузке и в покое, при записи ЭКГ выявлены ишемические изменения (снижение сегмента ST, инверсия зубца T) – 3тыс человек. Часто у пациентов, которые не принимали антикоагулянты, после перенесенной новой коронавирусной инфекции впервые возникают аритмии – 2тыс человек. Чувство онемения, парестезии, боль в конечностях ощущали 2тыс человек. Жалоб не предъявляют – 3тыс человек (диаграмма 3).

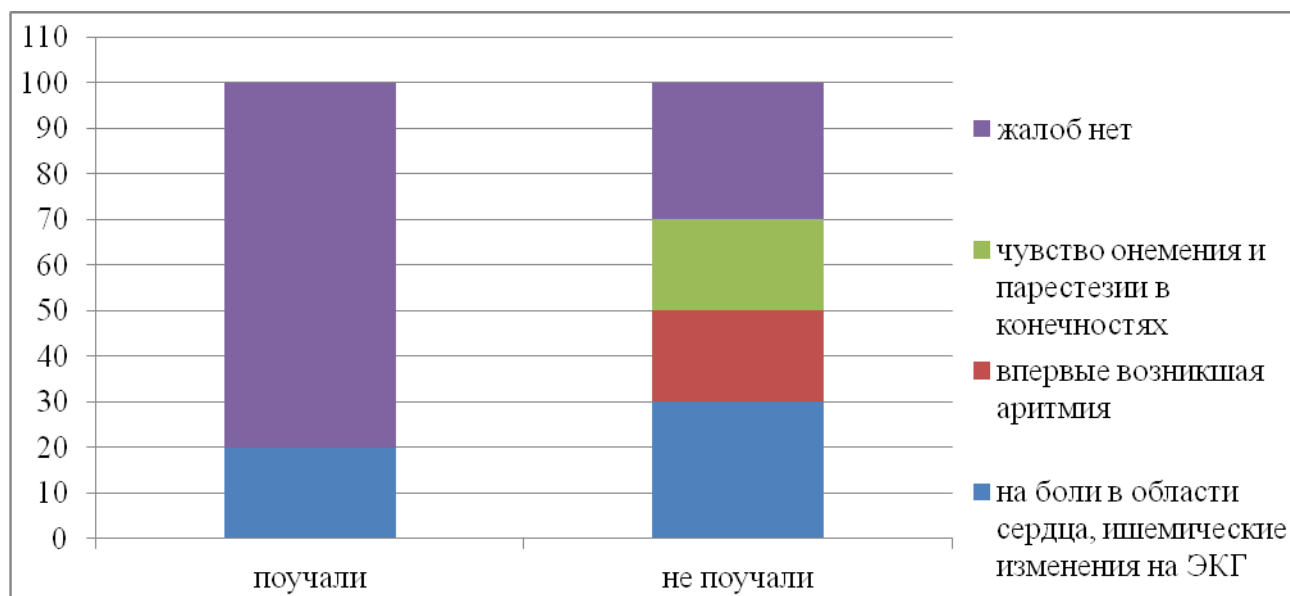


Диаграмма 3. Пациенты, которые получали антикоагулянты и которые не получали, %.

В виду всего выше сказанного можно сделать вывод о том, что применение антикоагулянтов на догоспитальном этапе снижает риск развития коагулопатии и тромбообразования у пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

Список литературы:

1. Вашукова М.А, Цинзерлинг В.А., Семенова Н.Ю., Луговская Н.А., Наркевич Т.А., Суханова Ю.В. Возможна ли перинатальная COVID 19: первые результаты. Журнал инфектологии.2020;3 (12):51- 55.
2. Обзор нового коронавируса 2019 года (2019-nCoV), CDC, 1 февраля 2020 г.Источник контента: Национальный центр иммунизации и респираторных заболеваний (NCIRD), Отдел вирусных заболеваний; <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/summary.html>

3. Тромбо-воспалительный синдром при COVID-19. Место и роль антикоагулянтной терапии в лечении COVID-19/Сугралиев А.Б., Plinio Cirillo//Ж.Медицина (Алматы)-№3 (213) 2020 г.

4. Американское общество гематологов (ASH). COVID-19 и коагулопатия: часто задаваемые вопросы Версия 2.0. Проверено 22 апреля 2020 года.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ COVID-19 ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Хлебодарова Е.В., Новикова Т.Э.

Курский Государственный Медицинский Университет, Россия

Актуальность. Актуальность проблемы коморбидности новой коронавирусной инфекции COVID-19 и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) обусловлена схожестью клинических проявлений, сложностью диагностики, потенциальной тяжестью течения и взаимоотягощением этих патологий. Больные ХОБЛ, инфицированные SARS-CoV-2, представляют собой уязвимую группу лиц с осложненным течением и часто неблагоприятным исходом болезни.

Цель исследования: изучить и проанализировать особенности клинической картины COVID-19 пневмонии у больных хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы исследования: был проведен ретроспективный анализ, 101 истории болезни, отделения пульмонологии Курской Областной многопрофильной клинической Больницы в период с сентября 2021 по март 2022года.

Результаты: Нами было рассмотрено 101 история болезни среди них 56 женщин (56%), 45 мужчин (45%) в возрасте от 35-73 лет. Все больные были рандомизированы на две группы: больные Covid-19 пневмонии средней степени тяжести и вторая группа больных Covid-19 пневмонии средней степени тяжести с ХОБЛ. Обе группы получали лечение согласно временным методическим рекомендациям: профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции (Covid-19) версии 15 от 22.02.2022 года.

Всем пациентам проводились такие методы исследования, как рентген-томография легких, микробиологическое исследование мокроты. И было выявлено у 19% больных с ХОБЛ на рентгенограмме легких двусторонние полисегментарные изменения по типу «матового стекла», также у данной группы пациентов риск развития выраженных фиброзных изменений легочной ткани при COVID-19 оказался выше, чем у группы

больных без хронической обструктивной болезни легких, что скорее всего связывают с выраженной продукцией ИЛ-6 и других провоспалительных цитокинов на фоне Covid-19.

Следует отметить, что у группы больных с хронической обструктивной болезнью легких при наличии дыхательной недостаточности показатели насыщения крови кислородом были изначально низкими ($SpO_2 \geq 92,5\%$), что фактически уже осложняло течение Covid-19 пневмонии, в отличие от второй группы больных без сопутствующего заболевания, при поступлении в приемное отделение их сатурация была выше на 4-6%; каждому с хронической обструктивной болезнью легких был назначен увлажненный кислород, в отличие от первой группы без сопутствующего заболевания; также у 25% с ХОБЛ после заболевания возникали осложнения, такие как интерстициальный легочный пневмонит у 13% и у 7% - легочная гипертензия, у оставшихся 4%-пневмосклероз.

Вывод: таким образом, у пациентов хронической обструктивной болезнью легких Covid-19 пневмония протекает тяжелее в связи с тем, что есть такие отягощающие факторы, такой как: курение; пожилой возраст, тяжелые степени тяжести ДН, которые впоследствии приводят к большей вероятности возникновения фиброзных изменений легких, пневмонитам и появлению одышки в покое, а также значительному снижению уровня сатурации (SpO_2), тогда как вторая исследуемая группа имела более легкое течение Covid-19 пневмонии. Ввиду этого, осложнённое течение и летальность больных первой исследуемой группы больше, чем у пациентов с Covid-19 пневмонией без сопутствующего заболевания ХОБЛ.

МОЛЕКУЛЯРНО-ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ИНДУКТОР БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Хлямов С.В., Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Рак колоректальной локализации является одним из наиболее часто выявляемых типов рака и одной из главных причин летальности от рака в мировом масштабе. Несмотря на то, что хирургическое лечение, лучевая терапия и химиотерапия относятся к стандартным методам лечения пациентов с онкологическим профилем, характеристика показателей этих методов лечения оставляет опасения и не позволяет говорить об отсутствии проблем в рассматриваемой области [3]. Фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) выполняет определяющую роль в регулировании стимуляции ангиогенеза опухоли, способствуя пролиферации и миграции эндотелия сосудов. Описанный

механизм воздействия на VEGF с целью подавления роста опухоли послужил предметом многих исследовательских работ, включая исследования человеческого рекомбинированного моноклонального антитела бевацизумаба, который предотвращает связывание VEGF-A с рецепторами тирозинкиназы (VEGFR), влияя на все изоформы VEGF-A. Препарат ингибирует образование новой сосудистой сети опухоли и приводит к уменьшению васкуляризации опухоли. В настоящий период времени блокирование процесса ангиогенеза зарекомендовало как перспективное направление для терапии колоректального рака метастатического типа [2]. Тем не менее преимущества для выживаемости и безопасности химиотерапии антителами против VEGF продолжают оставаться в дискуссионном поле, и сохраняется неопределенность в том, существуют ли дополнительные преимущества у рассматриваемого класса препаратов на примере бевацизумаба над риском токсического воздействия на сердечно-сосудистую систему [1].

Бевацизумаб-индуцированная артериальная гипертензия (АГ) оценивается по шкале от 1 до 5, что определяется Общими терминологическими критериями нежелательных явлений Национального института рака (CTCAE) [2], при этом 3-4 степень шкалы приравнивается к АГ тяжелой степени по классификации Европейского общества кардиологов (ESC). По данным проведенных метаанализов кардиотоксичность по типу АГ всех степеней наблюдалась у 36% пациентов, проходивших лечение бевацизумабом, причем АГ высокой степени тяжести колеблется от 1,8 до 22%, при этом до 1% событий относятся к 4-й степени по шкале CTCAE [1].

Цель исследования – оценить параметры кардиотоксичности таргетной терапии колоректального рака препаратами человеческих рекомбинированных моноклональных антител. В задачи исследования входило: проанализировать динамику гемодинамических показателей у пациентов при развитии АГ I-II степени, принимающих препараты человеческих рекомбинированных моноклональных антител в комплексной терапии онкопатологии.

Материалы и методы исследования. В рассматриваемом исследовании были подвергнуты анализу 30 историй болезни пациентов, которые находились на лечении в Курском областном клиническом онкологическом диспансере по поводу рака колоректальной локализации. По причине ограниченной доступности препаратов моноклональных антител количество наблюдений ограничивалось. Исследуемая группа принимала бевацизумаб в дополнение к комбинированной химиотерапии. Средний возраст пациентов составил $65,8 \pm 7,5$ (от 51 до 80) лет, соотношение мужчин и женщин 68,42% и 31,58%. Распространенность опухоли оценивается по 8-ой редакции TNM-классификации (UICC, 2017). У большинства больных была определена III стадия (17

человек) – 56,67%, IV стадия (9 человек) – 30% и у 4 человек зафиксирована II стадия онкологического поражения (13,33%). Варианты локализации колоректального рака распределились: 42,1% пациентов был выявлен рак прямой кишки, рак сигмовидной и ободочной кишки – по 26,32% больных, рак анального канала пришелся на 5,26% онкобольных.

Из 58 пациентов с анамнезом колоректального рака до начала химиотерапии ранее диагностировалась патология кардиологического профиля у 94,73%, в структуре которой на артериальную гипертензию приходилось 44,42% от общего количества заболеваний. У большего количества пациентов (62,5%) была зафиксирована II степень АГ с сочетанной гипертрофией миокарда левого желудочка, I степень АГ отмечалась у 37,5% исследуемых. У 13,89% больных отмечена коморбидность АГ с фибрилляцией предсердий (ФП), 5,56% – с ишемической болезнью сердца (ИБС). Применялись следующие режимы полихимиотерапии (ПХТ) рака колоректальной локализации: FOLFIRI + бевацизумаб (35,13%), FOLFOX + бевацизумаб (24,52%), капецитабин + бевацизумаб (16,22%), XELIRI + бевацизумаб (13,52%), XELOX + бевацизумаб (10,81%).

Оценены гемодинамические параметры деятельности сердечно-сосудистой системы: систолическое и диастолическое давление (САД и ДАД) методом Н.И. Короткова и частота сердечных сокращений (ЧСС) по основным контрольным точкам: до применения химиотерапии, через 1, 3 и 6 месяцев от ее начала. Проведена оценка принадлежности рассматриваемых показателей к нормальному распределению путем вычисления эксцесса и асимметрии. При распределении нормального типа, изучаемые параметры были описаны с вычислением среднего значения (М) и стандартного отклонения (SD). Количественные показатели подвергнуты оценке критерием t-Стьюдента для зависимых переменных. Статистически значимыми различиями считались между показателями при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Анализируемые параметры вышли за пределы нормальных значений, принятых ESC, на фоне приема стандартной антигипертензивной терапии и схем ПХТ и соответствовали I-III степени АГ по шкале STCAE.

Отмечается достоверное максимальное изменение САД на 3 месяце проводимого лечения вне зависимости от локализации колоректального рака (прямой кишки – $160 \pm 5,8$ мм рт. ст., сигмовидной кишки – $165 \pm 4,2$ мм рт. ст., ободочной кишки – $164 \pm 3,9$ мм рт. ст., анального канала – $164 \pm 4,1$ мм рт. ст.) ($p < 0,05$). Стоит отметить, что у пациентов с раком сигмовидной локализации колоректальной онкопатологии САД дестабилизировалось до отметки в 160 мм рт. ст. раньше всего: к 1 месяцу исследования ($160 \pm 4,8$ мм рт. ст.), в то время как больные с другими областями поражения колоректальным раком имели к тому

же временному периоду следующие показатели САД: $145 \pm 5,4$; $148 \pm 3,2$; $145 \pm 6,1$ мм рт. ст. – локализация прямой, ободочной кишки и анального канала соответственно ($p < 0,05$). При проведении курсов ПХТ + бевацизумаб достоверно зафиксировано повышение ДАД к 3 месяцу терапии вне зависимости от локализации колоректального рака (прямой кишки – $105 \pm 3,6$ мм рт. ст., сигмовидной кишки – $102 \pm 2,9$ мм рт. ст., ободочной кишки – $105 \pm 4,1$ мм рт. ст., анального канала – $108 \pm 3,3$ мм рт. ст.) ($p < 0,05$). ЧСС сохранила достоверную тенденцию к возрастанию, как и показатели АД, к 3 месяцу фармакологической коррекции колоректального рака (прямой кишки – $104 \pm 7,3$ уд./мин, сигмовидной кишки – $94 \pm 6,2$ уд./мин, ободочной кишки – $106 \pm 5,8$ уд./мин, анального канала – $98 \pm 6,9$ уд./мин) ($p < 0,05$). Уровни САД, ДАД и ЧСС снизились на 6 месяц фармакокоррекции онкопатологии, при этом достичь величин рассматриваемых показателей до стартовых значений удалось не во всех рандомизированных группах пациентов. САД и ЧСС практически пришло к значениям до химиотерапии у больных раком анального канала ($135 \pm 3,8$; $140 \pm 3,6$ мм рт. ст. и $78 \pm 6,7$; $82 \pm 5,3$ уд./мин), ДАД – у пациентов с раком сигмовидной кишки ($90 \pm 2,8$; $90 \pm 3,4$ мм рт. ст.) ($p < 0,05$).

Выводы. При лечебном применении ПХТ + бевацизумаб у испытуемых были зарегистрированы проявления кардиотоксичности по типу бевацизумаб-индуцированной АГ I-III степени по шкале STCAE и I-II степени АГ по шкале ESC. Проводимое комплексное антигипертензивное лечение не позволило избежать проявлений кардиотоксичности. Представляет интерес разработка схем лечения бевацизумаб-индуцированной АГ с целью снижения кардиотоксичности терапии человеческими рекомбинированными моноклональными антителами.

Список литературы:

1. Кобалава, Ж.Д. Артериальная гипертония на фоне терапии онкологических заболеваний ингибиторами ангиогенеза: серьезное препятствие или управляемая реакция? / Ж.Д. Кобалава, Е.К. Шаварова // Опухоли головы и шеи. – 2017. – Т. 7, № 2. – С. 70-80.
2. Li, M. Bevacizumab-induced hypertension: clinical presentation and molecular understanding / M. Li, D.L. Kroetz // Pharmacology & Therapeutics. – 2018. – Vol. 182, N 2. – P. 152-160.
3. Xu, R. Efficacy and safety of bevacizumab-based combination therapy for treatment of patients with metastatic colorectal cancer / R. Xu, Ch. Xu, Ch. Liu [et al.] // OncoTargets and Therapy. – 2018. – N 11. – P. 8605-8621.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ НА ФОНЕ COVID-19

Худайберганаева Н.Ш., Атаков С.С.

Первые признаки ковида проявляются не болью в горле и кашлем, а тошнотой и желудочно-кишечными расстройствами. Симптомы похожи на ротавирус, их легко спутать, однако так начинается еще и коронавирус. Попадая в организм через желудочно-кишечный тракт, инфекция вызывает воспаления - гастрит, энтерит.

Обостряются хронические заболевания - холецистит, панкреатит. Помимо самого коронавируса, на органы желудочно-кишечного тракта серьезно влияет и лечение ковида.

Антибиотики, противовирусные и гормональные препараты оказывают большую нагрузку на органы ЖКТ. В итоге развиваются лекарственный гепатит, дисбактериоз, диарея, пациенты жалуются на боли в правом боку. А если у кого-то уже были проблемы с органами пищеварения, то случаются обострения».

На фоне COVID- 19 ученые обнаружили новые симптомы панкреатита. У больных коронавирусной инфекцией выявили ранее неизвестные симптомы панкреатита, в том числе высокое содержание сахара в крови.

К таким выводам пришли специалисты английской Королевской университетской больницы Ливерпуля. Как отмечают авторы исследования, в небольшой группе пациентов с острым панкреатитом, у которых был подтвержден COVID-19, зарегистрировали специфическую и необычную группу симптомов. В группу входили молодые мужчины с избыточным весом, среди новых симптомов у них выявили повышенное содержание сахара и жира в крови.

Материал и методы: нами были изучены 56 больных с 2019 по 2022 год перенесших COVID– 19. В городской клинической больнице № 1 в отделении экстренной хирургии. Из них 29 женщин, 27 мужчин в возрасте от 20 до 78 лет.

При панкреатите воспаляется поджелудочная железа. Среди типичных признаков острого панкреатита — постоянная сильная боль в верхней половине живота, опоясывающего характера положительный симптом «Воскресенского» рвота, не приносящая облегчения, тошнота. Отечная форма панкреатита была у 36 больных которая разрешилась консервативной терапией, панкреанекрозом пострадали 20 больных. Из них оперированных 12- больных. Операция сопровождалось вскрытием большого сальника и дренированием поджелудочной железы. Постоперационном периоде санация с помощью дренажей брюшной полости с помощью раствора декстрана, консервативная терапия: заключалось в назначении инфузионных терапий, антибактериальной, антацидное лечение, цитостатики, плазмотрансфузию, эритроцитарная масса.

Таким образом, знание новых признаков острого панкреатита, не выявленных до пандемии, поможет медикам диагностировать заболевание раньше и своевременно начинать лечение.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

**Умаров О.М., Махмудов Н.И., Сирожитдинов У.К., Ахраров Б.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан**

Актуальность. Проблемные вопросы гнойно-септических осложнений в хирургическом лечении воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области приобретают актуальность в связи с увеличением числа больных с этой довольно сложной патологией. Нередко одонтогенные воспалительные заболевания челюстно - лицевой области ухудшают общее состояние больных, что часто приводит к летальному исходу.

По данным литературных источников только комплексное лечение может обеспечить благоприятный исход заболевания и уменьшить различные осложнения и летальность. Из числа изученных методов введения антибиотиков с позиций адекватной фармакокинетики предпочтение отдаётся региональному лимфатическому введению их в подчелюстную область. Именно при введении таким способом значительно быстрее создаётся и длительно удерживается наибольшая концентрация антибиотиков в интерстиции данного органа. По данным Джумабоева С.У. и соавт (1991), региональная лимфостимуляция усиливает отток лимфы на 25-38 %, улучшая при этом кровоток в данных органах, что в свою очередь приводит к уменьшению воспалительного отека и инфильтрации тканей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 34 больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, которым применили региональную антибиотикотерапию (РЛАТ). Больные были с одонтогенными флегмонами - 9 (30,6%) одонтогенным абсцессом – 6 (20,4%), острым одонтогенным остеомиелитом - 5 (17%), посттравматическим остеомиелитом – 3 (10,2%), одонтогенным гайморитом - 2 (6,8%), аденофлегмоной – 5 (17%), сиалоденитами околоушной слюнной железы - 4 (13,6%). Целенаправленный путь

ведения этих больных с общими проявлениями гнойной инфекции являлся основным условием в обеспечение успеха хирургического лечения. В комплексе лечебных мероприятий у всех 34 больных наряду с дезинтоксикационной терапией и лечением функциональных нарушений были включены РЛАТ, иммуностимулирующая терапия. РЛАТ осуществили путём введение лимфостимулятора и соответствующего антибиотика в подчелюстную область. Антибиотики и лимфостимуляторы введены лимфатическим путём 1- раз в сутки в течение 4-5 дней. Использовались следующие антибиотики цефатоксин, зинацеф, цефобит. Введение лимфатическим путём гепарина по 5000 единиц в сутки осуществлено для снижения гиперкоагуляции. Иммунологические изменения коррегированы ведением также лимфатически, Т-актовегин по 100 мг в 1,2 и 5 сутки.

Результаты. Проводимые комплексные лечебные мероприятия позволили в течение 5- дней снять явления интоксикации снизить температуры до нормальных цифр, нормализовать картину периферической крови где до лечения отмечены лейкоцитоз, сдвиг влево, эозинофилия, ускорение СОЭ.

РЛАТ по нашим данным предупредила у всех наблюдаемых больных распространение гнойного процесса при флегмонах лица и шеи на средостения, что является одним из важных качеств этого вида лечения.

Таким образом, комплексные лечебные мероприятия у больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с использованием лимфатической терапии позволяют снизить интоксикацию, ускорить выздоровления больных и направлены на профилактику одонтогенных медиастинитов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПЕНИИ У ПОДРОСТКОВ

Шамсутдинова Г.Б., Каримов О.Ж.

Фергенский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Актуальность. В настоящее время достаточно хорошо изучены и систематизированы факторы снижения минеральной плотности кости (МПК) у детей и подростков, когда выделяют генетические, гормональные, ятрогенные, внешнесредовые факторы риска. Решающее значение имеет обеспеченность организма кальцием – одним из основных биологически активных минералов костной ткани. Именно кальций участвует в минерализации и формировании скелета, что определяет его значение в профилактике снижения МПК, т.е. остеопенического синдрома у детей и подростков.

Источником кальция у детей и подростков являются продукты питания, когда оптимальное поступление с пищей до и во время пубертата способствует его накоплению в скелете и росту костей. Однако полимическими остаются вопросы о влиянии кальций содержащих препаратов на целостность цитомембран, риска развития метаболических нарушений, формирование оксалурии и кристаллурии, возможности отложения кальция в мягких тканях и образовании конкрементов.

Целью исследования явилось изучение влияние кальция карбоната в комбинации с витамином D₃ (холекальциферолом) на баланс кальция, риск развития метаболических нарушений, нивелирование минеральной плотности кости.

Материалы и методы: Исследование проведено у 42 подростков (11-15 лет) с установленным диагнозом реактивного артрита, косолапость, врожденный вывих бедра, остеомиелит нижних конечностей. Среди обследованных подростков преобладали лица мужского пола (соотношение 3:1). Обследование включало: выявление факторов риска остеопенического синдрома, клинических признаков дефицита кальция; оценка суточного потребления кальция (расчет по таблицам); биохимическое исследование показателей кальций-фосфорного обмена (кальций, фосфор, щелочной фосфатазы в крови; кальция в суточной моче); тест на кальцифилаксию.

При проведении исследований использовали «Активированный Кальций»³, дозу препарата рассчитывали в соответствии с суточным потреблением кальция с пищей и его возрастной суточной потребностью (1500 мг в 1 мерной ложке), с назначением 1 мерная ложка 1-2 раза в день во время еды.

Результаты и обсуждение: В процессе обследования у подростков выявлено наличие факторов риска остеопенического синдрома; внешнесредовые (избыточная масса тела – у 41%; низкая физическая активность – у 40,5%; «скачок» роста за год у 24,5%; избыточная двигательная активность – 16%; курение – у 4%). У 42 подростков (100%) обнаружено низкое потребление кальций содержащих продуктов, составляющее в среднем 415,2±80,1 мг/сут). Состав пищевого рациона не был сбалансирован по белку у 40% подростков. В генеалогическом анамнезе у 32% детей выявлены переломы костей верхних и нижних конечностей у родственников первой линии родства.

Анализ результатов исследований показал, что большинство обследованных подростков имеют более двух факторов риска остеопении, более того имелись признаки дефицита кальция в виде изменений ногтей (слоистость, ломкость) у 61%; множественного кариеса, изменение эмали зубов – у 15%; выпадении и ломкость волос – у 5%. Исследование фосфорно-кальциевого обмена в крови, на фоне применения препарата, соответствовало нормальным возрастным значениям, однако выявлено

повышение активности щелочной фосфатазы – фермента, косвенно отражающего активность процессов костеобразования.

Наиболее значимые сдвиги наблюдались в содержании кальция в моче, исходная суточная экскреция которого была ниже нормы (от 0,9 до 1,4 ммоль/сут) и становилась нормальной на фоне приема препарата. При анализе индивидуальных показателей до назначения «Активированного Кальция³» и витамина D₃ достоверно низкий уровень кальция в моче обнаружен у 30 подростков (78%), с выявлением прямой зависимости между потреблением кальция с пищей и его экскреции с мочой. Восполнение же дефицита кальция привело к положительной динамике в целом у 23 подростков (55%). Сохраняющееся снижение экскреции кальция у подростков свидетельствовало о выраженном дефиците кальция и витамина D₃, либо только дефиците витамина D, сопровождающегося нарушением всасывания кальция в кишечнике.

Анализ молярного соотношения кальция и креатинина в утренней порции мочи показал различную динамику данного показателя, у 22 подростков отмечалось исходно низкое значение молярного кальций-креатининового индекса и отсутствие изменения на фоне приема «Активированного Кальция³» и витамина D₃. У 12 подростков был исходно высокий индекс соотношения кальция и креатинина, который на фоне приема препарата стал низким. На фоне приема «Активированного Кальция³» и Витамина D₃ у 12 подростков молярное соотношение Ca/креатинин нормализовалось ($0,52 \pm 0,006$), у 8 детей – имело тенденцию к нормализации ($0,3 \pm 0,08$).

У 8 подростков отмечался исходно высокий индекс без динамики на фоне приема препарата. Всего повышение данного показателя выявлено у 20 подростков (до 0,27-0,37) за счет увеличения экскреции кальция. Это были подростки с отягощенным генеалогическим анамнезом по переломам у родственников 1 линии родства, имевшие избыточную массу тела, низкую физическую активность, самое низкое потребление кальция с пищей, с кариесом зубов и изменением ногтей.

Исходя из полученных результатов, свидетельствующих о наличии факторов риска, отдельных клинических признаков дефицита кальция, лабораторно подтвержденного нарушения баланса кальция, высокого уровня щелочной фосфатазы, повышенного молярного кальция-креатининового индекса следует полагать о наличии остеопении у обследованных подростков, наиболее значимой у 20 из них. Выявленная остеопения характеризовалась усиленным костным метаболизмом с ускорением формирования костной ткани и активации ее резорбции, на что указывала высокая активность щелочной фосфатазы в сочетании с повышением исследуемого молярного индекса.

Результаты динамических исследований позволяют подтвердить положение о способности кальция в комплексе с витамином D тормозить повышенную резорбцию костной ткани на ранней стадии остеопенического синдрома, предотвращать потерю костной массы, а также в начале курса глюкокортикостероидной терапии.

Одним из факторов нестабильности и нарушения целостности цитомембран является активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), которая выявлена у 35% наблюдаемых пациентов. Исходя из полученных результатов следует, что включение препаратов кальция в комплексную терапию подростков с риском остеопороза способствует стабилизации цитомембран и восстановлению нарушенного внутриклеточного гомеостаза кальция, тем самым профилактируя образование кальциевых депозитов в органах и тканях у детей с соматической патологией.

Результатом открытого исследования методом слепой выборки у 42 подростков выявлено наличие остеопении, что подтверждает положение о том, что истоки остеопороза лежат в подростковом возрасте, когда у каждого из обследованных имелись более 2 факторов риска. Врачебная тактика в отношении подростков не может быть выжидательной, необходимы решительные меры по воздействию на различные факторы риска, включая коррекцию пищевого рациона, отказ от вредных привычек, нормализацию двигательной активности, контроль за массой тела. Особое внимание необходимо уделять назначению препаратов кальция и витамина D, в зависимости от суточного потребления кальция с пищей. Использование биохимических маркеров костного моделирования позволяет оценить состояние метаболизма костной ткани, выявлять потери костной массы, влекущие за собой развитие остеопенического синдрома у подростков.

ТЕМИР ТАНКИСЛИГИ КАМКОНЛИГИ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

Шамсутдинова Г.Б., Каримов О.Ж.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиет институти, Ўзбекистон

Долзарблиги. Темир танкислиги камконлигини даволашда хозирги замон гематологияси анча ютуқларга эришганлигига карамай, темир танкислиги камконлигини даволаш эффективлиги енгил ва уртача огир шаклларини усиш суръатини ортиши бу касалликни даволашни такомиллаштиришни талаб этади. Ушбу кассалликларда меъда-ичак трактини ферментатив фаолиятини стимуллаш темир танкислиги камконлигини даволаш эффектив усулларида бири булиши мумкин.

Мақсад. Ушбу ишнинг мақсади темир танкислиги камконлигини даволашда ферлайтум билан биргаликда аскорбин кислотасини куллаш эффективлигини аниклаш.

Натижалар. Темир танкислиги камконлигини даволашда тотема билан биргаликда аскорбин кислотасини куллаш эффективлигини 30 ёшгача булган, 50 та темир танкислиги билан касалланган беморлар текширилди. Барча беморларда темир танкислиги камконлигини гемоглобин миқдори 100г/л дан паст, эпителиал, астеноневротик, маҳаллий иммунитет пасайиши синдромлари кузатилган беморларни 25 тасига фақат ферлайтум берилди, қолган 25 тасига ферлайтум препарати 2%ли аскорбин кислотаси эритмаси ферлайтум препарати қабул қилингандан 5 минут кейин 2,5мл дан ичирилди. Жами муолажалар 10 кунни ташкил этди. Барча беморларга ферлайтум препарати ёшига мос равишда 5 мг/кг дан кунлик дозани ташкил этган ҳолда тавсия этилган. Ферлайтум препарати ва аскорбин кислотаси 2% эритмаси қулланилганда ноҳуя таъсирлар кузатилмаган. Ферлайтум билан 2% аскорбин кислотасини биргаликда энтерал йул билан қулланилган 25 та беморда қон курсаткичини даволашни 6-7 кун ижобий ўзгаришларига олиб қелиб, беморларда терини ва шиллик пардаларни рангпарлиги, терини қуруқлиги ва терини тулаши, тирноқлар ва сочлар дистрофияси, анорексия, агуляр стоматит белгилари астеноневротик ва эпителиал синдромлари фақат тотема қулланилган гуруҳга нисбатан эртароқ ижобий ўзгаришлар кузатилди.

Хулоса.

Шундай қилиб, меъда ичак тракти ферментатив фаолиятини стимуллаш беморларда темирни меъда ичак трактида сурилишини фаоллаштишига олиб қелиб, темир танкислиги камконлиги белгиларини эртароқ барҳам топилишига олиб қелади.

COMPLICATIONS OF ARTERIAL HYPERTENSION

Shamsutdinova G.B., Khafizova Z.B.

Fergana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan

Complications of arterial hypertension (AH), beginning to show a direct relationship with the level of blood pressure 145/95 mm Hg. Art., for many decades are the leading cause of death among all causes of death. Arterial hypertension, without a doubt, is the leading medical and social problem of our time, the role of which in mortality and disability of people continues to grow, despite the great attention paid to this problem by the scientific community, practitioners and authorities.

Against the backdrop of growing knowledge and progress in the field of pharmacology and therapy of hypertension, the frequency of achieving target blood pressure today in the United States and European countries has stabilized by 25-34%, in Russia in the 1990s. was - in men 5.7%, in women - 17.5%, decreasing with age[2]. According to the National Guidelines for the Prevention, Diagnosis and Treatment of Arterial Hypertension (draft) in Russia in 2006, this indicator slightly improved (21.5%)[2, 4]. Apparently, it is within these limits that one can speak of the limit of population possibilities of the unconditionally dominant drug therapy of hypertensive conditions today.

Historically, diastolic BP has been given more importance as a predictor of cerebrovascular and cardiac complications, which has affected the organization of major studies on the treatment of hypertension. We also fell under this influence at one time, concentrating on the predominant correction of diastolic blood pressure, assuming that its value indirectly determines the main area of interest of urologists - peripheral resistance and tissue perfusion, and systolic pressure is mainly an indicator of heart function, which itself will "sort out" with what frequency to it to work. Subsequently, it turned out that medical correction of systolic blood pressure is even more difficult to achieve than diastolic blood pressure, and the latter is corrected unsatisfactorily.

Data from epidemiological studies before and after the 1990s confirm that both diastolic and systolic blood pressure are independently and linearly associated with the risk of cerebral stroke, coronary and renal complications. Most cases of stroke have been reported in patients with borderline or mild hypertension (from transient ischemic attacks to hemorrhage). It is now known that both systolic and diastolic BP levels correlate with the development and progression of renal failure, with systolic BP being an even more significant risk factor for kidney damage.[3].

The history of the study of hypertension (AH) and AH as a whole represents a change of brilliant paradigms, each of which reflected the current level of understanding of the etiology and pathophysiology of AH for its period. Without exaggeration, the symphony and logic of the pathophysiology of the formation, progression, stabilization and existence of hypertension can be called the "music of medicine" - a complex and harmonious cascade of complementary theories, models and concepts of metabolism in the beauty of their spatio-temporal totality, both in general and around each of the system-forming AG factors.

One of the most important manifestations of hypertension is a violation of the structure and function of "target organs", which include: the brain, heart, blood vessels, kidneys. Of these, the brain and heart are central, and the vessels and kidneys are peripheral organs of blood circulation regulation. In case of hypovolemia, shock, hemorrhage, heart failure, blood flow is redistributed due to spasm of the periphery in order to maintain a minimum level of perfusion pressure

sufficient for the survival of the brain, heart and lungs in a catastrophe (crisis) of any origin. With perfusion pressure less than 80 mm Hg. Art. the kidney, as the main organ of peripheral regulation of blood flow, naturally ceases to exercise its filtration function.

With a feeling of deep respect for the founders, let us briefly note the main theories of the formation of the AG:

I. Neurogenic concept of AH formation (external conditions and lifestyle, chronic stress, G.F. Lang, A.L. Myasnikov, 1930-40s); I

I. The concept of impaired water-salt metabolism (the role of the kidneys, sodium and water retention A. Guyton, "salt theory", 1970s);

III. "Membrane theory" of hypertension (Yu.V. Postnov, S.N. Orlov, genetically determined defect in plasma membranes, impaired calcium transport, 1960s);

IV. Genetic theory of hypertension (experimental model of genetically determined hypertension, K.Aoki, 1960s);

V. "Renin" theory of primary AH (V.Vertes, HRBrenner, JHLaragh 1970-1980s); VI. Synthetic "mosaic" theory of AH (AH - compensation for decreased tissue perfusion due to the influence of eight. (In the last 20 years, more than 20 "candidate" genes have been identified, including the angiotensin II gene as a genetic marker of various myocardial remodeling variants, the aldosterone synthetase gene, NO - synthetases, haptoglobin, etc., the expression of which determines the functional activity of the humoral systems of the main factors - nervous, humoral, reactivity, volume, cardiac output, elasticity, vascular lumen diameter, blood viscosity - "Page's octagon", 1970s)[7]).

At the heart of our views lies the mechanistic concept of the relationship between "constriction" and "volume" that attracts with its simplicity outside the symptoms of heart failure: BP ultimately depends on the "size" of the arterial bed (bed) and the amount of fluid that fills it. From here, AH is conveniently subdivided into renin- and volume-dependent (congestive)[4, 7].

The experience of many doctors shows that if the manifestations of the metabolic syndrome are eliminated (The diagnosis of the metabolic syndrome is made in the presence of abdominal obesity (waist circumference in Europeans: more than 94 cm in men, more than 80 cm in women) and at least two of the following factors: triglyceride levels ≥ 150 mg/dL (1.7 mmol/L) or appropriate therapy, arterial hypertension (BP $\geq 130/85$ mmHg) or antihypertensive drugs for previously diagnosed hypertension, plasma glucose ≥ 100 mg/dL (5.6 mmol / l) or the presence of previously diagnosed diabetes mellitus (General Consensus of the International Diabetes Federation, 2005), hypodynamia and tissue hypoperfusion, everyday difficulties recede,

then, as a rule, the problem of hypertension is also solved. Medicines for hypertension, no matter how perfect,[38, 45].).

The doctor cannot solve problems that relate to living conditions, interpersonal relationships, material well-being, the social status of the patient, which affect the course of diseases. Just as "social trust" in a representative of the medical profession determines the level of his "social responsibility", and vice versa.

According to the Stanford Heart Disease Prevention Program[eight]well-done media education influences health-related behavior. Numerous reviews show that the average person is often unreasonably optimistic about their chances of staying healthy. "Frightening Appeal", i.e. a message that creates fear in people that is likely to cause them to change is the most common form of desired impact. According to the classic of psychological science Zimbardo F., "patient satisfaction creates fertile soil in which the seeds of consent can take strong roots"[8, p. 387]and the costs of successful health promotion campaigns not only pay off, but also outperform the often wasteful budgetary allocations for treatment. With the money and resources needed to personalize health education campaigns, i.e. to provide direct interpersonal influence on the patient and his individual learning, their effectiveness is greatly increased.

Even more important is the style of non-verbal communication, conveying a warm attitude, reflecting confidence in one's own competence and inspiring trust. A number of studies have shown the negative impact of physician dominance and superiority, the role of social isolation and support, and other aspects of the psychology of social influence.[36].

The "motivated patient" is the problem of the clinician, the result of his work, the "agent" of his successful influence and an example for the environment. Three-quarters of the time of work with the patient should be devoted to familiarization with the principles of the cardiovascular system in order to form the task and methodology for subsequent meaningful self-control, the inclusion of the "engineering thought" of the patient. The doctor must be convinced himself and convey confidence to the patient that any hypertension, in principle, can be cured. The patient must be given not only reliable information about the role of hypertension in the structure of mortality and disability, tell about the features of its course, but also be motivated to correlate quantitative estimates of his hemodynamic parameters in the self-control mode.

BIBLIOGRAPHY

1. Akopyan A.S., Migalina L.A., Mishiev V.G. Diagnostic capabilities of captopril in arterial hypertension in the terminal stage of chronic renal failure and in cadaveric kidney recipients // Urology and Nephrology 2018. No. 1. pp. 49-55

2. Akopyan A.S. Diagnosis and choice of method of treatment of arterial hypertension in patients with chronic renal failure in the treatment of systematic hemodialysis and after kidney allotransplantation (14.00.40) Abstract of the thesis. diss. cand. honey. Sciences. M. 2018. 28 p.
3. Akopyan A.S. Biosocial aspects of human reproduction and the priorities of demographic policy // Problems of reproduction. 2008. V. 14. No. 3. p. 6-17
4. Akopyan A., Mishiev V., Kharchenko V., Dudaev V., Ioffina O. Dynamics of morbidity and mortality from diseases with a “social connotation” (sociopathy) in modern Russia // Problems of Statistics. 2018. №3. with. 87-92
5. Arterial hypertension / Ed. I.K. Shkhvatsabaya, J. Lara. M.: Medicine. 2019. 416 p.
6. Hormones and kidneys: Per. from English. / Ed. B.M. Brenner, J.G. Stein. M.: Medicine. 2013. 336 p.
7. Dzhanashiya P.Kh., Poteskina N.G., Selivanova G.B. Arterial hypertension. M.: Miklosh. 2007. 168 p.
8. Zimbardo F., Leippe M. Social impact. St. Petersburg: publishing house "Peter", 2000. 448 p.
9. Instrumental methods for studying the cardiovascular system. (Handbook) Ed. T.S. Vinogradova. M.: Medicine. 2006. 416 p.
10. Kiseleva A.F., Zozulyak V.I. Nephrosclerosis. K: Hello. 2014. 152 p.
11. Kurshakov N.A., Pressman L.P. Blood circulation in norm and pathology. M.: publishing house "Medicine". 2019. 336 p.
12. Lopatkin N.A., Mazo E.B. Diagnosis of vasorenal hypertension and the choice of a method for its treatment. Moscow: Methodology, 2015. p. 30-45

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ У ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шамсутдинова Г.Б., Хафизова З.Б.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Актуальность: Мозговой натрийуретический пептид (МНП) — также известен, как натрийуретический пептид типа В (BNP) или GC-B, пептидный гормон. Продуцируется клетками предсердий сердца — кардиомиоцитами в ответ на чрезмерное растяжение клеток сердечной мышцы. Синтез мозгового натрийуретического пептида модулируется ионами кальция. Является регулятором водно-солевого обмена в организме и важен для регуляции кровяного давления (мощный вазодилататор).

Результаты проведенных ранее исследований продемонстрировали, что циркулирующие уровни натрийуретических пептидов отрицательно взаимосвязаны с индексом массы тела (ИМТ). У пациентов с ожирением и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) снижены показатели мозгового натрийуретического пептида (BNP) и N-концевого промозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), по сравнению с лицами без ожирения. Такие данные вызывают беспокойство относительно прогностической значимости натрийуретических пептидов у лиц с повышенным ИМТ. Результаты нескольких обсервационных исследований свидетельствуют о том, что пептиды могут сохранять свою способность предопределять смертность среди пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса вне зависимости от ИМТ. Однако эти работы включали относительно небольшое количество сердечно-сосудистых событий и не оценивали дополнительные кардиоваскулярные конечные точки.

Чтобы прояснить влияние ИМТ на прогностическую значимость натрийуретических пептидов был выполнен анализ данных пациентов из исследования PARADIGM-HF (Prospective Comparison of ARNI with ACEI to Determine Impact on Global Mortality and Morbidity in Heart Failure).

Первичной конечной точкой исследования являлась композитная точка, включавшая сердечно-сосудистую смертность и первую госпитализацию по поводу ХСН.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 64 ± 11 лет, 78% из них были мужчинами. Средний ИМТ составил 28.0 ± 5.6 кг/м². ИМТ отрицательно коррелировал с показателями BNP и NT-proBNP.

Пациенты были разделены на 4 группы согласно значению ИМТ: <25.0 (нормальный вес); 25.0 - 29.9 (избыточная масса тела); 30.0 - 34.9 (ожирение); ≥ 35.0 кг/м² (умеренное и выраженное ожирение).

За период наблюдения натрийуретические пептиды являлись предикторами первичных исходов среди всех групп, но ассоциация была слабее у лиц с наиболее высоким ИМТ.

Вывод: У пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса, высокий изначальный уровень натрийуретических пептидов ассоциирован с кардиоваскулярной смертностью и госпитализацией по поводу сердечной недостаточности во всех группах, разделенных по ИМТ. Эти результаты свидетельствуют о высокой прогностической значимости теста у пациентов с различным ИМТ. Однако предиктивная способность NTproBNP и BNP снижается у больных с ИМТ $\geq 35,0$ кг/м², что говорит о меньшей прогностической значимости у лиц с умеренным и выраженным ожирением.

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шамсутдинова Г.Б., Хафизова З.Б., Абдуллаева Д.А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Введение. Пониженный гемоглобин после перенесенной коронавирусной инфекции – осложнение, причины которого до сих пор полностью не изучены. В 2020 году после проведенных исследований ученые выдвинули предположение, что инфекция взаимодействует в организме с железосодержащим белком и впоследствии разрушает его. Этот вывод был сделан потому, что в организмах пациентов с анемией был выявлен в большом количестве гем – составная часть гемоглобина.

Цель исследования. Изучение анемического синдрома после перенесенной коронавирусной инфекции и выбор препарата железа.

Материал и методы. Исследование проводилось в областной больнице города Андижан. В исследование были включены больные, обратившиеся в консультативно-диагностический кабинет в период январь-март 2021 года, обоих полов, перенесших коронавирусную инфекцию 3-6 месяцев назад. Лечение проводилось железосодержащим препаратом «Тотема» в виде сиропа в ампулах для перорального приема по 1 ампуле 1 раз в день в течении 30 дней.

Результаты. Клинический эффект от применения препарата «Тотема» оценивался по улучшению клинических проявлений и повышению уровня гемоглобина. Высокая эффективность от применения препарата «Тотема» наблюдался у 15 больных (93,8%) в основной группе. Было отмечено достоверное улучшение клинико-лабораторных данных. Всего у 2 больных (12,5%) после лечения гемоглобин оставался умеренно пониженным. В контрольной группе после проведенного лечения сохранялись симптомы головокружения у 33,3% больных. В анализе крови у 12 (75%) больных показатель гемоглобина оставался пониженным, как и в начале терапии. Таким образом, средняя оценка по эффективности в основной группе составила $2,88 \pm 0,1$, в контрольной группе – $2,38 \pm 0,1$ ($P > 0.05$).

Выводы. Учитывая высокую эффективность после применения препарата «Тотема» при лечении анемии, врачам первичного звена рекомендуется проводить амбулаторное лечение больных с постковидным анемическим синдромом с применением данного препарата в стандартной дозировке по 1 ампуле 1 раз в день с курсом лечения 30 дней. Допустимо также продолжение терапии в зависимости от выраженности клинико-лабораторных показателей.

РОЛЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ РЯДА СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шамсутдинова Г.Б., Хафизова З.Б., Абдуллаева Д.А.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Узбекистан

Актуальность: Натрийуретические пептиды (НУП) являются ключевыми диагностическими и прогностическими биомаркерами для пациентов с сердечной недостаточностью (СН). Основным механизмом повышения уровней НУП в сыворотке крови, что характерно для СН, является секреция в ответ на растяжение стенки миокарда.

В данной статье рассматриваются механизмы повышения НУП и их диагностическая ценность при СН, а также целом ряде других состояний, таких как острый коронарный синдром и ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, физические нагрузки, почечная недостаточность, прием лекарственных препаратов, обладающих кардиотоксичностью (химиопрепараты), и сакубитрила/валсартана.

Лабораторная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является неотъемлемым компонентом лечебно-профилактической стратегии, направленной на раннюю диагностику, улучшение продолжительности и качества жизни пациентов. Поиск новых лабораторных биомаркеров ССЗ и уточнение диагностических возможностей старых по-прежнему остаются одними из приоритетных научно-исследовательских направлений [1]. К числу современных ключевых биомаркеров ССЗ, используемых в рутинной клинической практике, относятся кардиоспецифические изоформы тропонинов и натрийуретические пептиды (НУП). Впервые о НУП и их свойствах стало известно в 1981г благодаря работам de Bold AJ, et al. Обнаруженный ими в миокарде предсердий пептид обладал эндокринными свойствами — натрийуретическим действием на мочевыделительную систему, в результате чего ему было дано название предсердный НУП (ПНУП) или НУП типа А. Еще одно историческое название данного пептида — аурикулин (auricula — ушко), было присвоено ввиду того, что данный пептид был найден в ушке предсердия. Данные исследования положили начало пристальному изучению гормональной роли сердца. Впоследствии в 1989г в кардиомиоцитах желудочков был обнаружен мозговой НУП (МНУП) или НУП типа В. Свое название он получил из-за того, что по структуре соответствовал пептиду, обнаруженному ранее в мозге свиньи. И, наконец, третий НУП типа С был идентифицирован в 1991г также в экстрактах головного мозга свиньи [2]. Благодаря молекулярно-генетическим исследованиям стало понятно, что НУП представляют собой семейство генетически различных, но структурно родственных пептидов. Они имеют сходную структурную конформацию, характеризующуюся

пептидным кольцом с цистеиновым мостиком, который хорошо сохраняется на протяжении всей эволюции, являясь частью цепи, связывающейся с рецептором НУП, расположенным клетках органов-мишеней. ПНУП и МНУП преимущественно экспрессируются и секретируются кардиомиоцитами (преимущественно предсердий), в связи с чем представляют интерес в качестве биомаркеров у пациентов с ССЗ. В то же время НУП типа С в основном производится в центральной нервной системе, эндотелии, костной ткани и репродуктивной системе, и его ценность для специалистов, занимающихся проблемами диагностики и лечения ССЗ, пока не установлена [2][3]. По современным представлениям НУП обладают гормональными/эндокринными (вазодилатация, натрийурез, супрессия альдостерона и эндотелина) и аутокринными/паракринными (антигипертрофические, антифиброзные и проангиогенные) эффектами [3]. НУП синтезируются как пре-прогормоны на рибосомах эндоплазматического ретикулума после чего они претерпевают ряд посттрансляционных изменений и превращаются в зрелые пептидные молекулы (гормоны). Основные клинически значимые особенности НУП представлены в таблице 1.

Таблица №1. Характеристики различных НУП

Характерный признак	ПНУП	МНУП	NT-проМНУП
Количество аминокислотных остатков	28	32	76
Основное место локализации	Предсердия	В предсердиях и желудочках	В предсердиях и желудочках
Запас в кардиомиоцитах	Большой (во внутриклеточных гранулах)	Минимальный	Минимальный
Базальная сердечная секреция	++	+	+
Ответ транскрипции (считывания) гена на растяжение миокарда	Медленный	Быстрый	Быстрый
Биологическая активность	Есть	Есть	Нет
Период полураспада	Короткий (2 мин)	Средний (20 мин)	Длительный (60-120 мин)
Способы элиминации	Почечная фильтрация, расщепление протеазами в крови	Расщепление протеазами в крови, почечная фильтрация	Почечная фильтрация, расщепление протеазами в крови
Клинический диапазон	0-2000 пг/мл	0-5000 пг/мл	0-35000 пг/мл

Одним из интересных направлений современных исследований является изучение уровня кардиомаркеров в других биологических жидкостях и прежде всего в моче и ротовой жидкости [1]. В этом отношении изучение НУП в ротовой жидкости может представлять определенный интерес для неинвазивной диагностики СН. Показано, что средний уровень МНУП в ротовой жидкости пациентов с СН достоверно выше, чем у здоровых пациентов. Определение МНУП в слюне может быть полезным методом для

диагностики и последующего наблюдения за пациентами с СН, особенно в условиях неотложной помощи [10].

НУП при острых и хронических формах ИБС: Ишемия миокарда приводит к развитию систолической и диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), что приводит к повышению уровня НУП в крови. Кроме того, при гибели клеток сердечной мышцы НУП также будет высвобождаться в кровоток. Таким образом, следует ожидать, что чем больше степень ишемии, тем больше будет повышение уровня НУП. Логично ожидать, что НУП окажется ценным прогностическим биомаркером как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе у пациентов с острым коронарным синдромом.

У пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST), которые при поступлении имеют уровни МНУП в сыворотке крови >80 пг/мл, отмечается увеличение 30-дневной смертности в 7,2 раза. В исследованиях ASSENT-2 и ASSENTPLUS сообщалось, что уровень NT-проМНУП при поступлении был независимым маркером однолетней смертности у пациентов с ИМпST, получавших тромболитическую терапию. То же самое отмечено и у пациентов с ИМпST, которым было выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство [2]. У пациентов с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST уровень НУП также имеет высокую прогностическую ценность в плане прогнозирования госпитальной и шестимесячной смертности [6][7][8].

При хронической ИБС даже развитие незначительной ишемии миокарда приводило к повышению НУП в сыворотке крови, при этом по прогностической ценности NT-проМНУП превосходил МНУП в предсказании риска развития неблагоприятных событий [2,9].

Вывод: НУП являются ценными биомаркерами, широко используемыми в клинике для диагностики и прогноза течения ряда ССЗ. Повышение уровня НУП при СН происходит из-за растяжения стенки сердечной мышцы, что стимулирует секрецию НУП кардиомиоцитами. Помимо СН существует еще целый ряд причин повышения НУП, в основе которых может лежать множество других, не связанных с растяжением миокарда, механизмов. По некоторым данным, помимо сыворотки крови НУП присутствуют в ротовой жидкости и моче. Дальнейшее изучение и уточнение данных механизмов представляет как клинический, так и исследовательский интерес.

Литература:

1. Чаулин А. М., Карслян Л. С., Григорьева Е. В. и др. Клинико-диагностическая ценность кардиомаркеров в биологических жидкостях человека. Кардиология. 2019;59(11):66-75. <https://doi.org/10.>

2. Nishikimi T, Kuwahara K, Nakao K. Current biochemistry, molecular biology, and clinical relevance of natriuretic peptides. J Cardiol. 2011;57(2):131-40.
3. Vinnakota S, Chen HH. The Importance of Natriuretic Peptides in Cardiometabolic Diseases. J Endocr Soc. 2020;4(6):bvaa052.
4. Nakao K, Sugawara A, Morii N, et al. The pharmacokinetics of alpha-human atrial natriuretic polypeptide in healthy subjects. Eur J Clin Pharmacol. 1986;31(1):101-3
5. Hall C. Essential biochemistry and physiology of (NT-pro)BNP. Eur J Heart Fail. 2004;6(3):257-60.
6. Abassi Z, Karram T, Ellaham S, et al. Implications of the natriuretic peptide system in the pathogenesis of heart failure: diagnostic and therapeutic importance. Pharmacol Ther. 2004;102(3):223-41.
7. Daniels LB, Maisel AS. Natriuretic peptides. J Am Coll Cardiol. 2007;50(25):2357-68.
8. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129-200.
9. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. Circulation. 2017;136(6):e137-e161.
10. Joharimoghadam A, Tajdini M, Bozorgi A. Salivary B-type natriuretic peptide: a new method for heart failure diagnosis and follow-up. Kardiolog Pol. 2017;75(1):71

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАДИПИНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Шамсудинова Г.Б., Юлчиев О.О., Умаров О.Э.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Гипертонический криз - это резкое внезапное кратковременное обострение гипертонической болезни, характеризующееся острыми расстройствами мозгового или коронарного кровообращения. Для ранних стадий гипертонии характерны кризы, которые

являются следствием выброса в кровь адреналина. В поздних стадиях кризы связаны с выбросом норадреналина.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности фармадипина у больных с гипертоническими кризами в условиях скорой помощи.

Нами наблюдалось во время обслуживания у 124 больных (75 женщин и 49 мужчин) в возрасте 45-75 лет с гипертоническими кризами I и II типа. Длительность гипертонического анамнеза от 5 до 18 лет. Фармадипин назначали в дозе 3-4 капли (учитывая уровень повышения АД можно дозу увеличить до 5-7 капель) под язык.

Результаты показали, что положительный эффект наблюдался у 75% больных. При этом систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) давление снизилось соответственно в среднем на 18,5 и 12,8 мм рт.ст. по сравнению с исходным уровнем.

Оценивались показатели гемодинамики, систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) АД, частота сердечных сокращений (ЧСС). Отмечено достоверное снижение уровня САД и ДАД у 82,5% больных. Отрицательного влияния: увеличилась на 4,5% частота сердечных сокращений (ЧСС) но это не влияет на общее состояние больного.

Таким образом, имеющиеся предварительные данные позволяют сделать вывод о целесообразности применения фармадипина при первой неотложной помощи догоспитальном этапе при гипертонических кризах.

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Шевченко Д.А., Кичигина А.О.

Курский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Хронический гастрит – группа хронических заболеваний, которые характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии, атрофии и эпителиальной дисплазии в слизистой оболочке желудка. Лечебная физкультура, диетотерапия и массаж являются неотъемлемой частью реабилитации пациентов с ХГ. Они позволяют облегчить течение болезни, укрепить иммунитет и повысить реактивность организма.

Материалы и методы. Было проведено исследование с января по апрель 2022 года в ОБУЗ КГБ №1 и разработана анкета, респондентами которой стали 30 женщин, страдающих хроническим гастритом типом В с повышенной кислотообразующей функцией желудка. Они были разделены на две группы по 15 человек: основная и контрольная. По количеству пациентов, возрасту и наличию диагностированной патологии основные и контрольные группы не отличаются.

Результаты. Первичный осмотр проводился перед курсом физической реабилитации. Пациенты обеих групп показали нарушения секреторной функции желудка в виде повышенной кислотности в сочетании с непрерывным кислотообразованием. Для продления периода ремиссии хронического гастрита В-типа и нормализации секреторности желудка функцию мы разработали и применили в основной группе комплексной программы физической реабилитации. В том числе лечебная физкультура, массаж и диетотерапия. После 3 месяцев физической реабилитации произошли определенные изменения в общем состоянии обеих групп. У пациентов основной группы наблюдалась нормализация кислотообразования натощак и после стимуляции: соответственно $1,64 \pm 0,03$ и $1,45 \pm 0,04$. В контрольной группе также имело место улучшение кислотообразующей функции; но стимулированная секреция не достигала нормальных значений. При повторном обследовании в основной группе нормальная кислотность была диагностирована у 12 больных (80%), в контрольной группе – у 5 больных (33,3%); в основной группе стимулированная кислотность была обнаружена у 14 пациентов (93,3%), в контрольной группе – у 8 больных (53,3%). При сравнении повторных показателей кислотообразования натощак и после стимуляции мы обнаружили улучшение показателей основной группы по сравнению с контрольной группой, которая свидетельствует о более существенном влиянии предлагаемой программы физической реабилитации на секреторную функцию желудка у пациентов в основной группе.

Выводы. Для нормализации секреторной функции желудка при хроническом гастрите типа В рекомендуется включать комплексы лечебной гимнастики и самостоятельные тренировки, корректирующие физические упражнения для позвоночника, лечебный массаж и диетотерапию.

Список используемой литературы.

1. Клинические рекомендации – Гастрит и дуоденит – 2021-2022-2023 (20.12.2021) – Утверждены Минздравом РФ.

WHAT ARE THE CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF THE COURSE OF HEMOLYTIC DISEASE IN INFECTED NEWBORNS

Shermatov R.M., Rayimova Z.M., Ibrohimov Kh.A.

Fergana Public Health Medical Institute, Uzbekistan

As you can see, this disease has profound consequences. Therefore, it is very important for a mother with Rh-negative blood to remember her Rh status and take motherhood and childbirth problems seriously.

Keywords: the concept of hemolytic disease (hdn), the causes of development of hemolytic disease, hdn forms and their clinical features.

How long does a newborn's hemolytic disease last? Possible consequences of hemolytic disease. Why does pathology develop?

In seven out of ten babies born, obstetricians detect yellowing of the skin. Some babies are already born with jaundice, while others turn yellow a few hours or even a few days after birth.

In 90% of cases, everything ends well: the diagnosis of physiological jaundice in newborns is confirmed. But in 10% of cases, doctors are forced to determine if the baby is congenital or acquired. The serious disease has led to the staining of the skin and mucous membranes yellow. One such disease is hemolytic disease of the newborn. Manifestation of various forms of hemolytic disease of the newborn.

The indicated collision of blood cells in the mother and her baby also has another name - fetal erythroblastosis. But, in fact, the term reflects one of the consequences of mass destruction of red blood cells. This means that a large amount of immature erythrocytes, which contain the patient's blood, are the result of increased bone marrow activity, which is rushing to replace adult blood cells that have died under the influence of any factors. These immature red blood cells are called reticulocytes.

And there are three main forms of the course in the classification of hemolytic disease. Not only the picture of his symptoms but also the prognosis of the child's survival / recovery depends on them.

Tumor shape. Fortunately, the least common condition occurs even during pregnancy. Ninety-nine percent of children who suffer from it die before or shortly after birth because it is almost impossible to provide oxygen to the tissues independently because their condition at birth is so severe. .

Icteric form. It is more extensive than others and manifests itself in the day after birth, because here the "insect" occurs only during childbirth. It is also very difficult and can end in death, but in many cases this scenario can be avoided. Jaundice and anemia can last for several more months in a child.

Symptoms. Hemolytic disease of the newborn occurs in one of three forms:

icteric - in 88% of cases;

anemia - 10%;

swollen - 2%.

Symptoms of icteric form:

Postpartum diagnosis is made based on the symptoms that appear and the results of the examination.

A Coombs test is also performed, which shows pure allohemagglutinins and defective antibodies in breast milk and blood fluid. These indicators are checked more than once a day.

Specialists, of course, perform differential diagnosis, the main task of which is to distinguish HDN from diseases such as anemia, physiological jaundice and others.

KOVID 19 PANDEMIYA DAVRIDA REVMATIK MIOKARDIT BELGILARIGA YURAKDA POSTKOVID MIOKARDIT

Egamberdiev M.A., Sadikxodjaev S.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Uzbekiston

Maqsad: SARS-Cov-2 sabab bo'lgan koronavirus pnevmoniyasi bilan og'rigan bemorlarda yurak kasallikLARIGA qaramay, COVID-19 ning bir qismi sifatida limfotsitik miokarditni rivojlanish ehtimoli isbotlanmagan. Tadqiqotning maqsadi limfotsitik miokarditning rivojlanish ehtimolini isbotlash va uning morfologik xususiyatlarini yangi og'ir koronavirus infeksiyasi (COVID-19) bilan o'rganish edi.

Materiallar va usullar: Biz yangi koronavirus infeksiyasi va og'ir ikki tomonlama polisegmental pnevmoniya (3-4 bosqich, kompyuter tomografiyasiga ko'ra og'irlikni baholash) bo'lgan 5 nafar keksa bemorning (o'rtacha 74,84 yosh; 3 erkak va 2 ayol) otopsi ma'lumotlarini o'rgandik). COVID-19 tashxisi tipik klinik ko'rinish va polimeraza zanjiri reaksiyasidan foydalangan holda nazofarengeal tamponning ijobiy natijasi asosida aniqlandi. Barcha bemorlar COVID-19 bilan kasallangan bemorlarni davolash uchun turli shifoxonalarda davolandilar. Gematoksilin va eozin, toluidin ko'k va Van Gieson bo'yoqlari bilan standart gistologik tadqiqot o'tkazildi. Ketma-ket parafin bo'limlari CD3, CD68, CD20, perforin, 4 va 9 turdagi toll-like retseptorlari (TLR) ga antikorlar paneli yordamida immunohistokimyoviy tarzda o'rganildi.

Natijalar: Hech bir holatda miokardit klinik ko'rinishda tavsiya etilmagan, tashxisga kiritilgan yoki o'limning mumkin bo'lgan sabablari ro'yxatiga kiritilmagan. IHD, o'tkir miokard infarkti noto'g'ri tashxis sifatida paydo bo'lib, otopsiyada tasdiqlanmadi. Yurak preparatlarini morfologik o'rganish diagnostika uchun xorijiy tadqiqot institutdagi Dallas mezonlariga asoslanib javob beradigan limfotsitik miokarditning namunasini aniqladi. Miyokarddagi infiltratning batafsil tavsifi berilgan, endokard va perikardning kombinatsiyalangan yallig'lanishli lezyoni tasvirlangan. Hujayra infiltratini tiplash bilan immunohistokimyoviy tadqiqot CD3-musbat T-limfotsitlar mavjudligini tasdiqladi, TLR-4 retseptorlari ifodasini oshirdi. Barcha holatlarda koronaritning rasmi, shu jumladan mikrotomirlarning trombozi aniqlandi.

Xulosa: Vodiy bo'yicha COVID-19 bilan limfotsitar virusli miokarditning rivojlanish ehtimolini morfologik va immunogistokimyoviy tasdiqlash olindi. COVID-19da miokarditning xususiyatlari koronaritning mavjudligi va miokarditni limfotsitar endo- va perikardit bilan birlashtirish imkoniyatidir.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА rs1805087 MTR ПРИ РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Эшмурзаева А.А.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель: Оценка изучение особенностей распределения аллельных и генотипических вариантов полиморфизма rs1805087 (A2756G) гена MTR среди пациентов РА и контролем показали наличие статистически достоверных различий в доле носительства аллеля G и явной тенденции к повышению частоты минорного генотипа G/G среди больных с суставно-висцеральной формой заболевания, что позволяет определить их как генетические маркеры, повышающие вероятность развития суставно-висцеральной формы заболевания.

Материал и методы: В данном исследовании приняли участие 106 пациентов с РА и 109 условно-здоровых лиц, проживающих на территории республики Узбекистан. Пациенты с РА (n=106) в зависимости от формы заболевания распределены на две подгруппы 1А (n=74) – пациенты с суставной формой РА и 1В (n=32) – пациенты с суставно-висцеральной формой РА.

Для детекции полиморфизма rs1805087 (A2756G) гена MTR из лейкоцитов крови производили выделение ДНК, затем с помощью системы «Applied Biosystems» 2720 (США) проводился анализ (SNP-ПЦР) данного гена с применением тест-систем «Литех» (Россия). Статистический анализ результатов был проведен с помощью программы «OpenEpi 2009, Version 9.3».

Результаты и обсуждение. В ходе анализа в изученных группах выявлены не достоверные различия между частотами генотипов полиморфизма rs1805087 (A2756G) в гене MTR как в группе больных РА, так в контроле, что свидетельствуют об отсутствии отклонения от РХВ ($p>0.05$) и является основанием для проведения дальнейших этапов исследования.

Изучение полиморфизма rs1805087 (A2756G) гена MTR в группе контроля и пациентов РА показало, что частоты аллелей А и G имеют некоторые отличия. Так, если в

группе контроля их доли выявлялись в 82.6% и 17.4% случаях, то в группе больных РА их частоты составили 76.4% и 23.6% соответственно. Разница между этими группами прослеживалась также и в распределении частот генотипических вариантов полиморфизма rs1805087 (A2756G) гена MTR. Генотипические варианты A/A, A/G и G/G в контроле наблюдались в 69.7%, 25.7% и 4.6% случаях, а среди пациентов РА в 60.4%, 32.1% и 7.5% соответственно.

Результаты сравнительной оценки в разнице распределения аллельных и генотипических вариантов полиморфизма rs1805087 (A2756G) гена MTR между общей группой пациентов РА и контролем показали наличие явной тенденции к повышению минорного аллеля G почти в 1.5 раз (23.6% против 17.4%; $\chi^2=2.5$; $p=0.119$; OR=1.462; 95%CI: 0.913-2.341). Вместе с этим, о снижении протективного действия варианта A/A в отношении начала заболевания свидетельствовала тенденция к его снижению среди больных РА (60.4% против 69.7%; $\chi^2=2.067$; $p=0.160$; OR=0.662; 95%CI: 0.377-1.162). Более того, еще одним генетическим признаком повышенной вероятности развития заболевания послужила выявленная слабая тенденция к увеличению варианта A/G в 1.4 раза (32.1% против 25.7%; $\chi^2=1.068$; $p=0.302$; OR=1.4; 95%CI: 0.756-2.468). Несмотря на то, что минорный вариант генотипа G/G и превышал долю среди больных 1.7 раз (7.5% против 4.6%; $\chi^2=0.829$; $p=0.379$; OR=1.7; 95%CI: 0.543-5.308).

Сравнивая распределение частот аллельных и генотипических вариантов полиморфизма rs1805087 (A2756G) гена MTR между 1А подгруппой пациентов РА и контролем, мы не смогли выявить наличие статистической достоверности. К примеру, частота минорного аллеля G превышала его долю в контроле в 1.3 раза со значениями $\chi^2=0.712$ и $p=0.417$ (OR=1.3; 95%CI: 0.74-2.127).

Генотип A/A регистрировался реже чем в контроле менее чем в один раз (63.5% против 69.7%; $\chi^2=0.772$; $p=0.398$; OR=0.756; 95%CI: 0.405-1.411). Разница между долями генотипов A/G и A/A составила 1.3 (31.1% против 25.7%; $\chi^2=0.638$; $p=0.441$; OR=1.3; 95%CI: 0.679-2.5) и 1.2 (5.4% против 4.6%; $\chi^2=0.663$; $p=0.802$; OR=1.2; 95%CI: 0.308-4.595) соответственно. Из этих результатов очевидно, пациенты в 1А подгруппе полиморфизма rs1805087 (A2756G) гена MTR не ассоциируется с развитием заболевания.

Результаты сравнительного анализа между 1В подгруппой пациентов РА и контролем, позволили выявить наличие достоверной разницы в отношении носителей минорного аллеля G, который превышал его долю в контроле в 2.0 раза (29.7% против 17.4%; $\chi^2=4.608$; $p=0.035$; OR=2.0; 95%CI: 1.062-3.766). Для генотипа A/A установлена тенденция к его снижению среди пациентов РА (53.1% против 69.7%; $\chi^2=3.036$; $p=0.085$; OR=0.492; 95%CI: 0.222-1.093).

Генотип A/G среди пациентов незначимо превышал в 1.52 раза (34.4% против 25.7%; $\chi^2=0.933$; $p=0.346$; OR=1.52; 95%CI: 0.652-3.52), тогда как в отношении варианта A/A зарегистрирована явная тенденция к повышению шанса развития суставно-висцеральной формы РА в 3.0 раза (12.5% против 4.6%; $\chi^2=2.592$; $p=0.11$; OR=3.0; 95%CI: 0.79-11.2). Выявленные статистически достоверное различие в отношении минорного аллеля G и явная тенденция к повышению в отношении минорного генотипа G/G среди пациентов суставно-висцеральной формы РА позволяют определить их как генетические маркеры, повышающие риск развития данной формы заболевания.

Заключение. Результаты проведенного исследования по изучению особенностей распределения аллельных и генотипических вариантов полиморфизма rs1805087 (A2756G) гена MTR среди пациентов РА и контролем показали наличие статистически достоверных различий в доле носительства аллеля G и явной тенденции к повышению частоты минорного генотипа G/G среди больных с суставно-висцеральной формой заболевания, что позволяет определить их как генетические маркеры, повышающие вероятность развития суставно-висцеральной формы заболевания.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПУЗЫРЧАТКИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Юнусова С.И., Пакирдинов А.Б., Пакирдинова Г.А.

Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Маргиланское городское медицинское объединение, Узбекистан

Наследственная пузырчатка (буллёзный эпидермолиз) – это большая, неоднородная группа генетических заболеваний кожи и слизистых оболочек невоспалительного характера, наследуемых как по аутосомно– доминантному (клинические варианты, относящиеся к эпидермолитической группе и некоторые варианты дермолитической группы) так и аутосомно-рецессивному (остальные варианты дермолитической группы) типу.

Впервые наследственную пузырчатку описал F.Hebra (1870). Сходную клиническую картину как «наследственное предрасположение к образованию пузырей» наблюдал A.Goigcheider (1882).

Причины возникновения дерматозов из группы наследственного буллезного эпидермолиза не установлены. Существующие различные теории малообоснованны. По

мнению большинство авторов темпы экологических изменений (в сторону ухудшения, загрязнения окружающей среды) в настоящее время превышает возможности адаптационных свойств организма, порождая постоянно появляющиеся новые спонтанные генные мутации и. приводят к наследственным болезням. При простом буллезном эпидермолизе обнаружены мутации кератиновых генов на 12-й или 17-й хромосоме, установлена связь дистрофических форм буллезного эпидермолиза с геном YII типа коллагена, расположенным на 3-й хромосоме.

В соответствии с признанной большинством авторов классификацией выделяют следующие клинические формы наследственной пузырчатки:

1. Простой буллезный эпидермолиз, характеризующийся врожденной тенденцией к образованию пузырей и не сопровождающийся другими аномалиями.
2. Дистрофический гиперпластический буллезный эпидермолиз, при котором наряду с многочисленными пузырьными элементами могут наблюдаются гиперкератоз, гипертрихоз, ихтиоз, поражение слизистых оболочек.
3. Дистрофический полидиспластический буллезный эпидермолиз, с выраженным нарушением общего состояния, часто заканчивается летальным исходом в первые годы жизни.

В настоящее время выделяют и другие формы буллезного эпидермолиза: язвенно - вегетирующую, летнюю кистей и стоп, альбопапулоидную, локализованную дистрофическую, пятнистый тип.

Электронно – микроскопическое исследование с учетом результатов ультраструктурного анализа позволяет все известные клинические варианты наследственной пузырчатки подразделять на три группы:

- 1) Эпидермолитическую – с образованием пузырей на уровне эпителиоцитов базального слоя. Соответствует простому или не рубцующемуся варианту заболеваний.
- 2) Пограничную - с возникновением пузырей в зоне блестящей пластинки базальной мембраны (летальный врожденный эпидермолиз Херлица, генерализованный атрофический доброкачественный эпидермолиз)
- 3) Дермолитическую – с появлением пузырей между плотной пластинкой базальной мембраны и дермой. Соответствует гипертрофическим вариантам заболевания (Cooper T.W . Baner E.A., 1984)

Простой буллезный эпидермолиз – может проявляться в период новорожденности, но чаще в период, когда ребенок уже начинает ползать или ходить и тем самым подвергается повышенной опасности травматизации. В.И.Альбанова (1993) – наблюдала эту форму наследственной пузырчатки с рождения у 2 из 14 больных. В редких

случаях заболевание возникает в позднем детском возрасте, иногда даже у взрослых (Baxter .D.Z.1983).

При дистрофическом гиперпластическом буллёзном эпидермолизе – часто поражение кожи начинается внутриутробно или в первые дни жизни ребенка. Своеобразие варианта заключается прежде всего в улучшении кожного процесса с возрастом, более выраженными атрофическими изменениями (Hashimoto K., 1985), включая развитие атрофической алопеции на голове, отсутствие волос в подмышечных впадинах и на лобке (Hintner H., Woolft K., 1982), замедление роста (Cooper T.W., 1987). Характерны дистрофии или отсутствие ногтей, гипоплазия зубной эмали и ранний кариес (Foldes C., 1988). Могут быть дисхромия, ладонно-подошвенный гиперкератоз.

Дистрофический полидиспластический буллёзный эпидермолиз – наиболее тяжело протекающая форма наследственной пузырчатки. Заболевание часто возникает при рождении или в первые дни жизни ребёнка. Из 43 больных наблюдавшихся В.И.Альбановой (1993), 28 детей заболели сразу после рождения, остальные в первую неделю жизни.

На местах буллёзных элементов остаются обширные, медленно заживающие глубокие эрозии, оставляющие после заживления атрофические и рубцовые изменения, а в некоторых случаях и гиперпигментации.

За счёт рубцевания уже в раннем детстве образуются дерматогенные контрактуры, сращение пальцев, мутляция дистальных фаланг. Могут быть выраженные атрофические изменения костной ткани дистальных отделов конечностей (Смирнов А.В., 1986).

Как видно, из вышеприведенных, наследственная пузырчатка это тяжелое заболевание генетического происхождения, начинается с раннего детства и в большинстве случаев приводит детей к инвалидности.

Точных данных о распространенности наследственной пузырчатки нет, по данным некоторых авторов (Cooper T.W., Baner E.A., 1984) легкие формы заболевания встречаются с частотой 1случай на 50000 родов, более тяжелые 1:500000.

Работ, посвящённых изучению заболеваемости наследственной пузырчаткой по Республике Узбекистан после 2000 года мы не нашли в доступной нам литературе, за исключением статьи Х.К. Шодиева и соавт. (2002), которые описали случай дистрофического буллёзного эпидермолиза Аллопо-Сименса. Нами изучено состояние заболеваемости буллёзным эпидермолизом по Андижанскому вилояту. Впервые больной буллёзным эпидермолизом был взят на учёт в 1953 году и до 1969 года не было

регистрации новых больных. С 1970 года по 1979 год взято на учёт 3-е больных, 1980-1989 годы -7, 1990-1999 годы – 18 и с 2000 по-2016 год -11, всего 40 больных, из них мужчин было -28, женщин-12, жителей села было -27, города-13. Из 40 состоявших на учёте больных у 22 было диагностировано простая буллёзная клиническая форма заболевания, у 12 дистрофическая – гиперпластическая форма и дистрофическая – полидиспластическая форма у 6 больных.

Выявляемость больных с 2000 года было следующее: в 2000 г.-3 больных; 2001 г.-2; 2002 -2; 2003 г.-1; 2004-1; 2005 г. -1 и в 2016 году 1 больной.

Эти больные по клиническим формам распределялись следующим образом: простой буллёзный эпидермолиз диагностирован у 6 больных, дистрофическая гиперпластическая форма у 3 и дистрофическая полидиспластическая форма у 2 больных.

Из 6 больных простым буллёзным эпидермолизом у 3 был генерализованный простой буллезный эпидермолиз. Заболевание началось у одного больного с рождения, у другого в первый год жизни и у третьего больного в 8 летнем возрасте. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер и локализовался на коже конечностях , в области ягодиц и плечевого пояса, на шее и на складках.

У одного больного было локализованный вариант Вебера-Коккейна. Кожный процесс располагался на коже стоп и кистей. У 2 больных был герпетиформный буллёзный эпидермолиз. У этих больных пузыри возникали после травм и спонтанно, располагались по всему кожному покрову. Элементы располагались сгруппированно, на эритематозной коже. Больных беспокоил зуд в очагах поражения.

Все больные простым буллёзным эпидермолизом после лечения в удовлетворительном состоянии переведены на диспансерное наблюдение.

У всех 3 больных дистрофической гиперпластической формой буллёзного эпидермолиза заболевание начался с момента рождения. При осмотре на коже, на местах бывших пузырей имелись атрофические рубцы, покрытые мелкими трещинами, гиперкератоз, дисхромия.

Из них более характерным оказался ниже следующая больная.

Больная З. 8 лет инвалид 1 группы, история болезни № 1526/386, находится на учёте в диспансерном отделении с 2000 года. Поступила в стационар повторно 10.05.07 году, заболевание начался с рождения. При осмотре кожно-патологический процесс локализуется на волосистой части головы, лица, туловища и конечностях. На местах поражения пузыри размером от лесного ореха до куриного яйца с геморрагическим содержимым.

На местах бывших пузырей в области локтей и колени имеются атрофические рубцы, умеренное поражение волос. Отмечается ладонно – подошвенная кератодермия.

Из двух больных дистрофическим полидиспластическим буллёзным эпидермолизом приводим описание одного случая:

Больной Э.У., 2001 года рождения инвалид 1-группы, история болезни № 1515/384, находится под диспансерным наблюдением с 2000 года. Поступил в стационар повторно 08.05.07 году.

Заболевание началось с рождения. При осмотре: на коже всего тела имеются пузыри, глубокие эрозии, атрофические рубцы. Отмечаются дистрофические изменения мягких тканей дистальных отделов конечностей, сращение, контрактуры и мутилиация дистальных фаланг пальцев стоп и кистей. Отмечаются аномалии зубов и волос (фото №2).



Фото № 1.



Фото № 2.



Фото № 3.

12 больных с различными клиническими разновидностями буллёзного эпидермолиза находятся под диспансерным наблюдением в течение длительного времени (свыше 15 лет). Все больные семейные, имеют детей. Только у одной женщины, больной простой формой буллёзного эпидермолиза, родился сын с проявлениями болезни, у остальных дети здоровы.

Изучая состояние заболеваемости буллёзным эпидермолизом по Андижанскому вилояту пришли к следующему **выводу**:

1. В последние годы отмечается уменьшение количество вновь выявляемых больных. Возможно, это связано с прекращением применения различных ядохимикатов (пестицидов, дефолиантов) в сельском хозяйстве, которые вызывают генную мутацию.
2. Отмечаются более доброкачественное течение болезни. Смертность среди больных за 2000-2016 г не наблюдалось, часто встречаются простые формы болезни.
3. Заболеваемость редко передаётся потомству, из 12 больных только у одной родился больной сын.

Для профилактики заболеваемости буллёзным эпидермолизом необходимо:

- а) усилить проводимые мероприятия по улучшению состояния окружающей среды.
- б) Обратить внимание и по возможности не допустить родственные браки.
- в) Шире развернуть борьбу с алкоголизмом и наркоманией среди населения, свести к минимуму применения ядохимикатов в сельском хозяйстве, всё шире внедряя биологические методы борьбы с вредителями.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Альбанова В.И «Клиническая характеристика доминантного дистрофического буллёзного эпидермолиза». Вестник дерматологии и венерологии -1994. № 1.- С. 48-51
2. Скрипкин Ю.К. Мардовцева В.Н. «Кожные и венерические болезни». М. Медицина 2: 878.
3. Суворова К.Н., Антоньев А.А Кузницова Н.П. Малова И.О. «Кожные и венерические болезни у детей» Иркутск. 1995. С.336
- 4.Суворова К.Н., Куклин В.Т.. Руковишникова В.М «Детская дерматология» - Казан, Татполиграф. 1996. Ст.441
5. Х.К. Шадиев, М.И. Абдуллаев, В.Ф. Керазиддинова, К.М. Ходжаева, Т.А. Клочкова. «Случай врожденного буллезной эпидермолиза». Новости дерматологии и венерологии 2002 №1. ср. 59-61

6. Baver E.A. Tobas M Perspective on the role of collagenase in recessive dystrophic epidermolysis bullosa» Arch Derm 1988-vol. №124. P.734-736
7. Bavinek J.N.V van Haeringen A. Ruiter D, van oler Schxroeff J. "Autosomal dominant epidermolysis bullosa dystrofika: are the Cochaune -Touraint txe Pasini and exe bait types different" slin Senet 19987 vol №31- P. 416-424
8. Buchbinder Z.N. Jucku A.W, Balierd E et al Severe infantile epidermolysis bullosa simplex: Dowling Meara type Arch Derm 1986- vol №122 P. 190-198.
9. Ced-Dahl T Clinical heterogeneity in epidermolysis bullosa: speculation on causation ol consevence for research invest Derm 1986- vol 86 P 91-93.
10. Pearson R.W. Clieopathogic tupes of epidermolysis bullosa and their nonderma tological complication Arch Derm – 1988. vol 124-p 718-725
11. Touraine A. Ann. Derm. Syph 1942; 2:303-312
12. Hacham D., Zaden S., Papperberger K., Jivshin Retal Epidermolysis bullosa herpetiformis Dowling - Meara Jna large family Amer Acad Derm 1988-vol №18. P-702-04.
13. Hovnanion A. Hilal Z, Blanch et –Bardon et al DNA – based prenatal oliagnosis of generalizes recessive dystrophic epidermolyses bullosa in six pregnancies at risk for recurrence , invest, Derm – 1995 vol; 104-p 456-461.
14. Epimolysis bullosa E ds A Zim D .M Carter - Berlin Springer - Verlag 1992 - P – 302.

СОДЕРЖАНИЕ

№	Название тезиса/статьи	стр
1.	ГУАМ-ТИП БАС: ОБЗОР И НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ <i>Абдукадирова Д. Т., Акбарова С.Б., Рахимбаева Г. С.</i>	3
2.	MIS ISHLAB CHIQARISH KORXONALARI ISHCHILARNING KASALLANISHLAR STRUKTURASI VA DARAJASIGA YOSH HAMDA ISH STAJINING TA’SIRI <i>Abdurahimov B.A.</i>	9
3.	ВЛИЯНИЕ НОВОГО АНТИДИАБЕТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА НА СЕРДЕЧНУЮ И ДЫХАТЕЛЬНУЮ СИСТЕМУ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫС <i>Аллаева М.Ж., Ачилов Д.Д., Джанаев Г.Ю., Холматов Ж.А.</i>	11
4.	NEW PHARMACOLOGICAL APPROACHES IN DYSLIPIDAEMIA <i>Atakhanova N.S., Yuldashev R.N.</i>	12
5.	PNEVMONIYANI XALQ TABOVATI BILAN DAVOLASH <i>Babadjanova X.M., Habibullayeva S.A.</i>	18
6.	РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОСТЕОПОРОЗ ЖАРАЁНИНИ АНИҚЛАШ <i>Беккулова М.А.</i>	22
7.	КАРИ КИШИЛАРДА РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Беккулова М.А., Умрзаков О.Э.</i>	23
8.	АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ COVID-19	25

	<i>Белозерова Д.Е., Колесникова Е.Н.</i>	
9.	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕДИЦИНСКИХ И ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ <i>Билан А.А., Прокофьева Ю.В., Мансимова О.В.</i>	27
10.	ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 <i>Бобокулова Ш.А., Охунов А.О., Атаков С.С.</i>	31
11.	УРОВЕНЬ ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (КГМУ) <i>Бычкова К.В., Рындина В.В.</i>	39
12.	ВЛИЯНИЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ, ОЖИРЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ <i>Вавилина Е.С.</i>	41
13.	CLINICAL CASE OF EXUDATIVE PERICARDITIS IN PATIENT WITH LYMPHOGRANULOMATOSIS <i>Vavilina E.S., Abeyasinghe Hasod Navoditha Herath</i>	43
14.	РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУЗ "КОКБ", ПЕРЕНЕСШИХ НЕВРОПАТИЮ ЛИЦЕВОГО НЕРВА <i>Власова Е.В.</i>	44
15.	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST <i>Госсельбах Д.А., Ракунова О.М., Кичигина А.О.</i>	46
16.	ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ И КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ <i>Дехканова Н., Жамолиддинова Н.Б.</i>	50
17.	ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ <i>Дехканова Н., Жамолиддинова Н.Б.</i>	53

18.	СТРЕСС - КАК ОСНОВА ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНЕЙ <i>Дехканова Н., Жамолiddинова Н.</i>	55
19.	EFFECTIVENESS OF LESBOXOL IN PREVENTION OF GASTRIC ULCER <i>Dzhanayev G.Yu., Allaeva M.J., Rakhmonov A.X.</i>	59
20.	EKSPERIMENTAL ME'DA YARASI MODELLARIDA LESBOXOL SAMARADORLIGINI O'RGANISH <i>Djanayev G'.Yu., Mustanov T.B., Xudayberdiyev X.I., Mamadjanova M.A.</i>	62
21.	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ АУСКУЛЬТАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ 3 КУРСА <i>Dotsenko E.A., Sholkava M.V., Novikova T.P., Dotsenko K.E., Morozov A.V., Makarevich P., Lisavets A.</i>	63
22.	ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОНЯТИЯ «ЗДОРОВЬЕ» ПРИ ИЗУЧЕНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ПЕДАГОГИКА» СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Дрёмова Н.Б., Фетисова Е.Ю., Толкачева И.В., Конищева Е.В.</i>	75
23.	АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА РЕЦЕПТОРА 1 ТИПА АНГИОТЕНЗИНА 2 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА <i>Дятлова А.М., Доценко Э. А.</i>	78
24.	РАСТИТЕЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО СРЕДСТВА МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ <i>Елецкая О.А., Зубкова И.В.</i>	83
25.	KOVIDDAN KEYINGI SINDROMDA GASTROENTEROLOGIK O'ZGARISHLAR <i>Zargarova N.R.</i>	86
26.	ВЛИЯНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT НА РИСК РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Золотарев И.А., Захарченко Т.С., Репина Ю.В.</i>	87
27.	АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЧЕСКОЙ ХИМИИ И	88

	КУРСА ПО ВЫБОРУ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ КГМУ <i>Зубкова И.В., Елецкая О.А.</i>	
28.	СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ COVID-19 ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>Ивакин В.Е., Сосновская А.А.</i>	92
29.	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ФОНЕ COVID-19 В КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗА 2021г <i>Ивакин В.Е., Щербинина А.В.</i>	95
30.	НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА КУБАНСКИХ КАЗАКОВ <i>Ионов А.Ю.</i>	98
31.	ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОТОМСТВА В УСЛОВИЯХ ВНУТРИУТРОБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ <i>Исламова Ш.А., Зокирова Н.Б.</i>	105
32.	CHANGES IN THE DIGESTIVE SYSTEM IN PATIENTS WITH NEW CORONAVIRUS INFECTION <i>Ismoilova M.I.</i>	106
33.	SURXONDARYO VOXASIDA ISHEMIK INSULTNING YOSHLAR ORASIDAGI KLINIK XUSUSIYATLARI <i>Iskandarova D.E., Usmanova D.D., Iskandarov E.R., Iskandarova N.E., Eshboyev A.T.</i>	113
34.	ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Исмоилова М.И.</i>	114
35.	ПРИМЕНЕНИЕ САЛАМОЛ ЭКО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ <i>Йулдашев Ш.М., Солиев Р.К., Киргизбоев А.А.</i>	115
36.	ГИПЕРУРИКЕМИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	117

	<i>Карабаева Ф.У., Юлдашев Р.Н.</i>	
37.	ПРИМЕНЕНИЕ РЕБАМИПИДА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТОВ <i>Каттаханова.Р.Ю., Акрамова.М.А., Сатторова.Н.С.</i>	122
38.	ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА COVID – 19 <i>Каттаханова Р.Ю., Канатаева У.Н.</i>	124
39.	ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Каттаханова Р.Ю., Кодирова А.З., Ким Д.</i>	125
40.	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Каттаханова Р.Ю., Ниматов Ш.М.</i>	130
41.	ГИПЕРТОНИК КРИЗ ВА УНДАГИ АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШДА СТАЦИОНАРГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ <i>Каттаханова Р.Ю., Юлчиев О.О., Нишионов У.А.</i>	139
42.	ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАВИКСА (КЛОПИДОГРЕЛ) У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. ФЕРГАНЫ <i>Каттаханова Р.Ю., Юлчиев О.О., Нишионов У.А., Умурзаков О.Э.</i>	141
43.	ЛЕЧЕНИЕ АРИТМИЙ ВТОРОЙ ГРУППЫ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ <i>Ким К.А., Эшонова А.А., Юлчиев Х.М.</i>	142
44.	ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ГОРОДЕ АНДИЖАНЕ <i>Китъян С.А., Узбекова Н.Р., Бадалбаева Н.М, Юлдашев Р.Н.</i>	143
45.	ПРИМЕНЕНИЕ ЗОНИСАМИДА (ЗОРЕСАН) В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ <i>Клычева Р.И., Рахимбаева Г.С., Насирдинова Н.А.</i>	145
46.	МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ	147

	<i>Кодирова А.З., Сайдахмедов И.О., Халилова О.С.</i>	
47.	SIMULYATSION TA'LIMNING AMALIY MASHG'ULOTLARDA ANAMIYATI. <i>Kodirova Sh.A., Xodjanova Sh.I.</i>	148
48.	РЕЗУЛЬТАТЫ АПРОБАЦИИ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА MDASI-HF <i>Колесниченко Н.А.</i>	150
49.	АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ И ПРИНЦИП РАБОТЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ <i>Корабеев М. К., Маманабиев Ю.Т., Махмудов Н.И., Алиев Р.Э.</i>	153
50.	INSONNI KO'RISH ORGANLARI – OPTIK SISTEMA <i>Qosimova G.S., Ahmadaliyeva G.X.</i>	155
51.	ДИАГНОСТИКА АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ <i>Кузнецова Е.А., Ионов А.Ю., Есауленко Е.Е.</i>	158
52.	ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА: К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ <i>Курааматов Ш.Ю., Каттаханова Р.Ю., Махмудов Н.И.</i>	159
53.	ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Леонтьева Т.С., Кондрашова Ю.А.</i>	161
54.	ВИРТУАЛЬНЫЕ ОНЛАЙНОВЫЕ ЛАБОРАТОРИИ <i>Мадибрагимова И.М., Козлов А.П., Юлдашев Н.О.</i>	164
55.	ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ КОВИДНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Мадрахимов А., Умурзаков З., Мемджанова А., Махмудов Н.</i>	168
56.	ПАРАДИГМЫ СОВРЕМЕННОСТИ В КАРДИОЛОГИИ И ОНКОЛОГИИ: КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>Маль Г.С.</i>	172
57.	ГЕРОНТОЛОГИЯДА ГИПЕРТЕНЗИВ КРИЗЛАРИ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИКЛАРИ <i>Мамажонов Б.С., Пулатов Ф.М., Махмудов Н.И.</i>	175

58.	БОЛАЛАР ЎРТАСИДА ТУҒМА НОГИРОНЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ <i>Маматқулова М.Т.</i>	176
59.	ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>Махмудов Н.И., Каттаханова Р.Ю., Нишанов У.А.</i>	178
60.	ИНФОРМАЦИОННО-КОМПЬЮТЕРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ В ФФРНЦЭМП <i>Махмудов Н.И., Маманабиев Ю.Т., Каттаханова Р.Ю.</i>	180
61.	ЭКСТРЕННАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Махмудов Н.И., Тухтакулов А.Ю., Умурзаков О.Э.</i>	185
62.	БУЙРАК ВА БАЪЗИ БИР КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ХАЛҚ ТАБОБАТИ УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ <i>Махмудова Х.Т.</i>	187
63.	SOCIAL ASPECTS OF THE STRUCTURE AND FREQUENCY OF INCIDENCE OF THE POPULATION OF FERGHANA <i>Makhtudova Kh.T.</i>	189
64.	ХАЛҚ ТАБОБАТИ УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ҲОЗИРГИ КУНДАГИ САМАРАДОРЛИГИ <i>Махмудова Х.Т.</i>	193
65.	DEXA: аппарат сканирования плотности кости <i>Муминова Г.К.</i>	197
66.	РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ МЕТОДОМ БИОАКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ <i>Мурадимова А.Р., Усманова Д.Д., Умарова М.П., Эрматов У.</i>	200
67.	COVID-19 BILAN KASALLANGAN BEMORLAR ORASIDA AYRIM NOINFEKSION KASALLIKLARNING TARQALGANLIGI <i>Nematov A.A.</i>	202

68.	МЕХАНИЗМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ АНГИИТАМИ КОЖИ И АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА <i>Пақирдинов А.Б., Алиев Л.М., Ботиров К.З., Фозилов Ф.А.</i>	204
69.	ПОКАЗАТЕЛИ IgE В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА НА ФОНЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ <i>Пақирдинов А.Б., Алиев Л.М., Кучкаров А.А., Сайдуллаева К.М.</i>	208
70.	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ГИПОФИЗАРНО-ЯИЧНИКОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ ИГЛОТЕРАПИИ <i>Пақирдинов А.Б., Пақирдинова Г.А., Рахимов Р.Н., Тухтасинов М.А.</i>	210
71.	ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ РАСПРОСТРАНЁННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ <i>Пақирдинова Г.А., Пақирдинова С.А., Тухтасинов М.А., Рахимов Р.Н.</i>	215
72.	ФИКСИРОВАННАЯ ЭРИТЕМА <i>Пақирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Абдужабборов Т.К., Сайдуллаева К.М.</i>	220
73.	ПЕРЕКРЕСТ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И НЕИССЛЕДОВАННОЙ ДИСПЕПСИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА <i>Поветкина В.В., Полянская П.А., Левченко Е.В.</i>	224
74.	СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КОРРЕКЦИЮ РИГИДНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ <i>Понкратов В.И., Мещерина Н.С.</i>	227
75.	РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Пулатов Ф.М., Мамажонов Б.С.</i>	229
76.	НЕЙРОДЕРМИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «DIS КРЕМ» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ <i>Пулатов Б.Т., Пақирдинов А.Б.</i>	230

77.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ DIS КРЕМ В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «БРОНХОМУНАЛ» У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОДЕРМИТОМ <i>Пулатов Б.Т., Пақирдинов А.Б.</i>	231
78.	ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Раимжанов А.А., Каттаханова Р.Ю., Махмудов Н.И., Исмоилова М.И.</i>	232
79.	КОНТРОЛЬ ЗА ОСТОЯНИЕМ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ В ОРГАНИЗМЕ СПОРТСМЕНОВ <i>Райимов А., Бабаев А., Чулибоев А.</i>	243
80.	РАЗВИТИЕ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОГО ДВИЖЕНИЯ – ЗАЛОГ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА <i>Райимов А., Расулова М.Т.</i>	236
81.	XOTIN QIZLARNI JISMONIY TARBIYA SPORTGA JALB QILISH VA SOG'LOM TURMUSH TARZINI TARG'IB QILISH <i>Rayimov A., Rasulova M.T.</i>	239
82.	O'ZBEKISTONDA BOLALARDA (VIRUSLI KOKSAKI) KASALLIGI EPIDEMIYASI VA UNUNG ASORATLARIDAN BIRI (ONIXOMADEZIS) KASALLIGI <i>Raxmatov S.A., Sadikhodjaev S., Abduolimov M.</i>	241
83.	ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ И ЛЕЧЕБНЫЕ СВОЙСТВА ОБЛЕПИХИ <i>Рахматуллаев И.Р., Дехканова Н.Н., Рахимова Х.Р.</i>	243
84.	CHEMICAL COMPOSITION AND HEALING PROPERTIES OF SEA BUCKTHORN <i>Rakhmatullaev I.R., Dehkanova N.N., Rakhimova Kh.R.</i>	244
85.	BIR YOSHGACHA BOLALAR KASALLANISHLARI DARAJASIGA AYRIM IJTIMOYIY-GIGIYENIK OMILLARNING TA'SIRI <i>Raxmatullayeva M.Q.</i>	246
86.	ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ПЕДИАТРИИ <i>Рахмонов Р.Я., Ким К.А., Юлчиев Х.Т.</i>	247
87.	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ В	249

	ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ <i>Саливончик Д.П., Шубкина Е.Я., Доценко Э.А., Саливончик Е.И., Зимелихин О.А., Козловская С.В., Галицкая Е.Ю., Маликова А.В.</i>	
88.	АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ С ЦИТОКИНОВЫМ ШТОРМОМ, ПОЛУЧАВШИХ ТАРГЕНТНУЮ ТЕРАПИЮ <i>Селицкая О.П., Доценко М. Л., Грачев С.С.</i>	259
89.	АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Слав А.Ф.</i>	262
90.	ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ <i>Степченко М.А., Мальцева И.О.</i>	265
91.	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПНГ-КЛОНОМ И ЭПИЗОДАМИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ ГЕМОГЛОБИНУРИИ <i>Степченко М.А., Михайленко Т.С.</i>	267
92.	СОСНОВЫЙ ЛЕС: ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Сухомлинов Ю.А., Зубкова Л.Н.</i>	271
93.	ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИФИКАЦИИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Таджибаева И.А.</i>	274
94.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ АКТУАЛЬНОСТЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ФЕРГАНЫ <i>Тишабаева Н.А., Махмудова Х.Т.</i>	276
95.	СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ И ЖЕЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЦИРРОЗЕ <i>Тохиров Ш.У.</i>	279
96.	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ БИСОПРОЛОЛА И	281

	МЕТОПРОЛОЛА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И СИСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ФВ ЛЖ МЕНЕЕ 45 % <i>Туйчиев А.Х., Мамадиев Р.А., Абдулхафизов У.А., Ниматов Ш.М.</i>	
97.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <i>Урусова Д.А., Хлебодарова Е.В.</i>	282
98.	ПРОФЕССИОНАЛ ТАЪЛИМ - ДАВР ТАЛАБИ <i>Ҳайдарова Б.А.</i>	284
99.	ПРОФЕССИОНАЛ ТИББӢЙ ТАЪЛИМДА ҲАМШИРАЛИК ИШИ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА МЕТОДИК ТАЪМИНОТИНИ ТАЪМИНЛАШ <i>Ҳайдарова Б.А.</i>	286
100.	ТАЪЛИМНИНГ ИНТЕГРАЦИОН ТАШКИЛИЙ ШАКЛЛАРИ <i>Ҳайдарова Б.А.</i>	288
101.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОТДЕЛЕНИЯХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ <i>Хайдарова Б.А., Эгамбердиева Г.Н.</i>	290
102.	ПРИМЕНЕНИЕ ПРОПОЛИСА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Хакимова Р.А., Абдуманова Р.К., Максумова Д.К.</i>	292
103.	КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА <i>Хакимова Р.А., Кучкарова М.Ф., Хакимов Н.С., Адукадирова Г.</i>	295
104.	КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ. <i>Халилова О.С., Кодирова А.З., Сайдахмедов И.О.</i>	299

105.	QANDLI DIABET FONIDA O'PKA ABSESSINI DAVOLASHDA VAC-TERAPIYANI QO'LLASH <i>Xamdamov Sh.A.</i>	300
106.	ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРГА КЎРА СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИНГ ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ <i>Хамраев А.А., Арипова Н.Н.</i>	301
107.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ COVID-19 ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Хлебодарова Е.В. Гиленко А.В.</i>	303
108.	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ COVID-19 ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Хлебодарова Е.В., Ефремова А.А.</i>	304
109.	АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ЛЕЧЕНИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (SARS-CoV-2) В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>Хлебодарова Е.В., Жеребцова В.Д.</i>	305
110.	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ COVID-19 ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЮ ЛЕГКИХ <i>Хлебодарова Е.В., Новикова Т.Э.</i>	308
111.	МОЛЕКУЛЯРНО-ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ИНДУКТОР БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА <i>Хлямов С.В., Маль Г.С.</i>	309
112.	ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ НА ФОНЕ COVID-19 <i>Худайберганаева Н.Ш., Атаков С.С.</i>	313
113.	РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ <i>Умаров О.М., Махмудов Н.И., Сирожитдинов У.К., Ахраров Б.М.</i>	314
114.	ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПЕНИИ У ПОДРОСТКОВ <i>Шамсутдинова Г.Б., Каримов О.Ж.</i>	316
115.	ТЕМИР ТАНКИСЛИГИ КАМКОНЛИГИ КАСАЛЛИГИНИ	319

	КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ <i>Шамсутдинова Г.Б., Каримов О.Ж.</i>	
116.	COMPLICATIONS OF ARTERIAL HYPERTENSION <i>Shamsutdinova G.B., Khafizova Z.B.</i>	320
117.	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ, У ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Шамсутдинова Г.Б., Хафизова З.Б.</i>	323
118.	АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМ АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Шамсутдинова Г.Б., Хафизова З.Б., Абдуллаева Д.А.</i>	325
119.	РОЛЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИХ ПЕПТИДОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ РЯДА СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Шамсутдинова Г.Б., Хафизова З.Б., Абдуллаева Д.А.</i>	326
120.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАДИПИНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ В Г.ФЕРГАНА <i>Шамсутдинова Г.Б., Юлчиев О.О., Умаров О.Э.</i>	330
121.	ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ <i>Шевченко Д.А., Кичигина А.О.</i>	331
122.	WHAT ARE THE CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF THE COURSE OF HEMOLYTIC DISEASE IN INFECTED NEWBORNS <i>Shermatov R.M., Rayimova Z.M., Ibrohimov Kh.A.</i>	332
123.	KOVID 19 PANDEMIYA DAVRIDA REVMATIK MIOKARDIT BELGILARIGA YURAKDA POSTKOVID MIOKARDIT <i>Egamberdiev M.A., Sadikxodjaev S.</i>	333
124.	РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА rs1805087 MTR ПРИ РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА <i>Эшмурзаева А.А.</i>	334
125.	НАСЛЕДСТВЕННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПУЗЫРЧАТКИ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	337

	<i>Юнусова С.И., Пакирдинов А.Б., Пакирдинова Г.А.</i>	

В сборник вошли научные работы, посвященные широкому кругу современных проблем медицины, вопросам образовательных технологий и дистанционного преподавания в медицинских вузах.

Актуальные проблемы диагностики и лечения внутренних болезней: Материалы международной научно-практической конференции (г. Фергана, 18 мая 2022 г.) / отв. ред. Сидиков А.А. - Фергана: ФМИОЗ, 2022. – 395 с.