

№2 (2), 2023

Journal of modern medicine

Zamonaviy tibbiyot jurnali
Журнал современной медицины



ISSN: 2992-8958 (online)

ZAMONAVIY TIBBIYOT JURNALI

ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
JOURNAL OF MODERN MEDICINE

Choraklik ilmiy amaliy jurnal
2023 yildan buyon nashr etiladi

№2 (2) 2023

Bosh muharrir: M.M. Madazimov
Bosh muharrir o'rinbosari: K.Z. Salohiddinov

TAHRIRIYAT KENGASHI:

Z.S. Salohiddinov, Q.T. Xudayberdiev, X.T. Musashayxov

TAHRIRIYAT HAY'ATI:

Michael Vaiman (Tel Aviv)

MD, professor

Wolfgang Sharek (Rostok)

DSc, professor

A.V. Krutko (Novosibirsk)

t.f.d., professor

V.V. Stupak (Moskva)

DSc, professor

D.B. Asranqulova (Andijon)

t.f.d., professor

A.A. Gofurov (Andijon)

t.f.d., professor

M.E. Irismetov (Toshkent)

t.f.d., professor

G.M. Kariyev (Toshkent)

t.f.d., professor

M.Yu. Karimov (Toshkent)

t.f.d., professor

D.A. Nabieva (Toshkent)

t.f.d., professor

M.F. Nishonov (Andijon)

t.f.d., dotsent

U.M. Rustamova (Toshkent)

t.f.d., dotsent

D.M. Hakimov (Andijon)

t.f.d., dotsent

D.D. Usmonov (Toshkent)

t.f.d., dotsent

Sh.K. Yusupova (Andijon)

t.f.d., dotsent

Sh.M. Musashaykhova (Andijon)

PhD

Mas'ul kotib: A.B. Mamadaliyev

Texnik ishlov berish va joylashtirish: D.B. Qasimova

TA'SISCHILAR:

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

VA "NASHR MATBAA UYI" MChJ

Jurnal O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan ro'yxatga olingan (26.06.2023-son №095109).

Tahririyat manzili: O'zbekiston Respublikasi, 170100,

Andijon, Yu.Otabekov ko'chasi, 1-uy.

Telefon: +998335157555

Email: nashruzjournals@gmail.com

Sayt: nashruz.uz

t.me: @nashruzjournals

ISSN: 2992-8958 (online)

JOURNAL OF MODERN MEDICINE

ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
ZAMONAVIY TIBBIYOT JURNALI

Quarterly scientific and practical journal
Published since 2023

№2 (2) 2023

Chief editor: M.M. Madazimov
Deputy Chief Editor: K.Z. Salokhiddinov

EDITORIAL BOARD:

Z.S. Salokhiddinov, K.T. Khudayberdiev, H.T. Musashaykhov

EDITORIAL COUNCIL:

Michael Vaiman (Tel Aviv)
MD, PhD
Wolfgang Scharek (Rostock)
DSc, professor
A.V. Krutko (Novosibirsk)
DSc, professor
V.V. Stupak (Moskva)
DSc, professor
D.B. Asrankulova (Andijan)
DSc, professor
A.A. Gofurov (Andijan)
DSc, professor
M.E. Irismetov (Tashkent)
DSc, professor
G.M. Kariev (Tashkent)
DSc, professor

M.Yu. Karimov (Tashkent)
DSc, professor
D.A. Nabieva (Tashkent)
DSc, professor
M.F. Nishonov (Andijan)
DSc, associate professor
U.M. Rustamova (Tashkent)
DSc, associate professor
D.M. Khakimov (Andijan)
DSc, associate professor
D.D. Usmanova (Tashkent)
DSc, associate professor
Sh.K. Yusupova (Andijan)
DSc, associate professor
Sh.M. Musashaykhova (Andijan)
PhD

Executive secretary: A.B. Mamadaliev
Technical processing and layout: D.B. Kasimova

FOUNDERS:
ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
AND "NASHR MATBAA UYI" LLC

The journal is registered by the Agency for Information and Mass Communications under the Administration of the President of the Republic of Uzbekistan (№095109 dated 26.06.2023).

Editorial address: Republic of Uzbekistan, 170100,
Andijan, st. Yu. Otabekova, house 1.

Phone: +998335157555

Email: nashruzjournals@gmail.com

Website: nashruz.uz

t.me: @nashruzjournals

ISSN: 2992-8958 (online)

ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

JOURNAL OF MODERN MEDICINE
ZAMONAVIY TIBBIYOT JURNALI

Ежеквартальный научно-практический журнал
Издается с 2023 года

№2 (2) 2023

Главный редактор: М.М. Мадазимов
Заместитель главного редактора: К.З. Салохиддинов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
З.С. Салохиддинов, К.Т. Худайбердиев, Х.Т. Мусашайхов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Michael Vaiman (Tel Aviv)
MD, PhD
Wolfgang Scharek (Rostock)
DSc, professor
А.В. Крутько (Новосибирск)
д.м.н., профессор
В.В. Ступак (Москва)
д.м.н., профессор
Д.Б. Асранкулова (Андижан)
д.м.н., доцент
А.А. Гофуров (Андижан)
д.м.н., профессор
М.Э. Ирисметов (Ташкент)
д.м.н., профессор
Г.М. Кариев (Ташкент)
д.м.н., профессор

М.Ю. Каримов (Ташкент)
д.м.н., профессор
Д.А. Набиева (Ташкент)
д.м.н., профессор
М.Ф. Нишонов (Андижан)
д.м.н., доцент
У.М. Рустамова (Ташкент)
д.м.н., доцент
Д.М. Хакимов (Андижан)
д.м.н., доцент
Д.Д. Усманова (Ташкент)
д.м.н., доцент
Ш.К. Юсупова (Андижан)
д.м.н., доцент
Ш.М. Мусашайхова (Андижан)
К.М.Н.

Ответственный секретарь: А.Б. Мамадалиев
Техническая обработка и верстка: Д.Б. Касимова

УЧРЕДИТЕЛИ:
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ И ООО «NASHR MATBAA UYI»
Журнал зарегистрирован Агентством информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики
Узбекистан (№095109 от 26.06.2023).
Адрес редакции: Республика Узбекистан, 170100,
г. Андижан, ул. Ю. Отабекова, дом 1.
Телефон: +998335157555
Email: nashruzjournals@gmail.com
Сайт: nashruz.uz
t.me: @nashruzjournals

ОНКОМАРКЕРЛАРНИНГ ТУХУМДОН ЎСМАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАШХИСЛАШДА АҲАМИЯТИ

Д.З. Мамарасулова¹, Д.М. Турсунов², С.Т. Зияева², О.К. Жалолов¹, И.И.
Назирбеков¹

Андижон Давлат тиббиёт институти¹

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий
тиббиёт маркази Андижон вилоят филиали²

Аннотация

Замонавий онкологияда барча онкологик касалликларнинг асосий даво негизида эрта ва тўғри ташхислаш муҳим аҳамият касб этади. Шу қаторда тухумдон ўсмалари таснифида унинг мураккаб структураси сабабли турли гуруҳларга ажратилади. Ташрихгача бўлган даврда ушбу ўсмалар хусусиятини аниқлаш натижасида даво тактикасини тўғри танлаш ва касалликни эрта аниқлашда замонавий онкотестлар муҳим аҳамият касб этади. Тадқиқотимиз мобайнида филиал шароитида ушбу тестлар аҳамияти ўрганилган.

Калит сўзлар: онкомаркерлар, тухумдонлар хавфли ўсмаси, эрта аниқлаш.

THE SIGNIFICANCE OF ONCOMARKERS IN THE COMPARATIVE DIAGNOSIS OF MALIGNANT AND BENIGN TUMORS OF THE OVARY DURING THE PREOPERATIVE PERIOD

D.Z. Mamarasulova¹, D.M. Tursunov², S.T. Ziyaeva², O.K. Jalolov¹, I.I. Nazirbekov¹
Andijan State Medical Institute¹

National center of oncology and radiology Andijan branch²

Annotation

Currently, malignant tumor of the ovaries remains an urgent problem not only in oncogynecology, but also among general oncopathologies. This nosology takes the leading place among indicators of death, morbidity and survival in the epidemiology of malignant tumors. Below, the importance of oncomarkers in the diagnosis of ovarian cancer, which was performed in outpatient and inpatient examinations in the conditions of the center, was studied.

Key words: oncomarkers, malignant ovarian tumor, early detection.

ЗНАЧЕНИЕ ОНКОМАРКЕРОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Д.З. Мамарасулова¹, Д.М. Турсунов², С.Т. Зияева², О.К. Жалолов¹, И.И. Назирбеков¹

Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр онкологии и радиологии Андижанский филиал

Аннотация

В современной онкологии на основе эффективности лечения важна ранняя и правильная диагностика. Из-за своей сложной структуры яичников они подразделяются на разные группы. Современные онкотесты имеют первостепенное значение в выявлении этих опухолей в дооперационном периоде для правильного выбора тактики лечения и раннего выявления заболевания. В ходе нашего исследования была изучена важность этих тестов в условиях филиала.

Ключевые слова: онкомаркеры, злокачественная опухоль яичников, раннее выявление.

Кириш. Ўрта ва кекса ёшдаги аёлларда учрайдиган энг кўп онкологик касалликлар орасида тухмдон ўсмалари ҳам етакчи нозология саналади. Тухмдон саратони хавфли ўсмалар структурасида эрта босқичда аниқлаш қийин бўлган касалликлар туркумига киради. Бунга сабаб бу касалликнинг эрта босқичда клиник белгилари намоён бўлмаслигидир. 2021 йилда Ўзбекистон Республикаси аҳолисининг умумий сони 34 558 891 нафарни ташкил қилган, ушбу ҳисобот йилида бирламчи 25578 (2020 й. – 21 976) нафар, улардан 10499 (41,0%) эркак ва 15079 (59,0%) аёл кишидан иборат. Хавфли ўсмалар билан касалланган беморлар контингентига тухмдонлар саратони 6-ўринни (4,0%) эгаллаган (Тилляшайхов М.Н. 2021).

Ташрихдан олдинги даврда тухмдон ўсмаси характериға (хавфли ёки хавфсиз) эканлигига аниқлик киритиш мурожаат қилинган гинеколог ёки онкогинеколог шифокор олдида турган принципал масала бўлиб, келгусида беморнинг даволаш тактикаси бир-биридан тубдан фарқ қилгани сабабли ечим топиш лозим.

Тухмдон ўсмалари характери қиёсий ташхислашда одатий қўлланилувчи маркер СА-125 ҳисобланади, лекин бу углевод сезувчанлиги саратоннинг эрта босқичларида жуда паст (Dodge J.E., Covens A.L., Lacchetti C.). Тиббиётда илк қўлланилиши бошланганига 30 йилдан ортган бу маркер қўлланилган жуда кўплаб тадқиқотлар мавжуд, бунинг ортидан бир қатор

тавсиялар ва чекланмалар ишлаб чиқилган. СА-125 одатда тухумдон саратони кечки босқичларида юқори даражагача кўтарилади. Ушбу онкомаркер зардобда касалликнинг эрта босқичларида 50% дан кам ҳоллардагина ортади ва муциноз (32%), эндометриоид (30-60%) ва ёрқин ҳужайрали (40%) аденокарциномаларда деярли ўзгаришсиз қолади (Никогосян С.О., Кадагидзе З.Г., Шелепова В.М., Кузнецов В.В.). Бундан ташқари, қатор хавфли ва хавфсиз ўсмалар, чекиш, ҳомиладорликнинг 1-триместри, семизлик, ёш, этник ва гистерэктомия каби омиллар ҳам СА-125 кўрсаткичининг ошишига сабаб бўлиши мумкин. Бундай натижалардан эса ушбу синаманинг ўзига ҳослик хусусияти паст эканлигини хулоса қилиб айтишимиз мумкин.

Тухумдон ўсмаларининг қиёсий ташхисини ўтказишда сўнги йилларда HE4(human epididymis protein 4), СА-125 ва HE4 текшируви натижаларини менопаузал статусни инобатга олган ҳолда ҳисоблаб чиқувчи индекс ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) каби кўрсаткичлардан фойдаланилмоқда (Huhtinen K., Suvitie P., Hiissa J. et al.).

Тадқиқот мақсади. Ташрихдан олдинги даврда тухумдон хавфли ва хавфсиз ўсмаларини қиёсий ташхислашда СА-125, HE4 ва ROMA индекси текширувларининг сезувчанлиги ва ўзига ҳослигини таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар. Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Андижон вилоят филиали шароитида ўтказилган проспектив тадқиқотда тухумдон ўсмаси сабабли мурожаат қилган 143 нафар бемор текширув ва даво натижаларидан фойдаланилди, уларнинг 92 таси репродуктив ва 51 нафари постменопаузал даврда. Беморлар ёши 19-73, ўртача 42,8 ёшни ташкил қилди. Беморларнинг барчаси Ўзбекистон Республикаси онкологик касалликлар ташхислаш ва даволаш стандартига мос тарзда олиб борилган. ROMA индекси беморларнинг қон зардобидеги HE4 ва СА-125 онкомаркерлари, ҳамда, менопаузал статус асосида ҳисоблаб чиқилди. Тадқиқотда текширилган тухумдон ўсмалари билан текширилган беморларнинг туғиш ёшида бўлган аёлларда ROMA индекси 12,8% га тенг ёки ундан юқори бўлган ҳолатда хавфли ўсма чиқиш эҳтимоли ортганлигини, ундан паст бўлган клиник ҳолатларда эса хавфсиз ўсма эканлигини кўрсатди. Постменопаузал даврдаги ҳудди шундай ҳолат индексининг 28,1 % ни ташкил қилди.

Тадқиқотимиз мобайнида ўтказилган комплекс даво ва олинган материални патоморфологик теширилгандан сўнги натижаларнинг

барчаси SPSS Version 20 компьютер дастури ёрдамида статистик ишловдан ўтказилди.

Натижалар ва муҳокамалар. Тухумдон ўсмалари аниқланган кун ва жаррохлик амалиёти ўтказилган давр интервали 1,5 ойдан 19 йилгача бўлган муддатни ташкил қилиб, ўртача 5,5 ойни кўрсатди. 128 нафар бемор тиббий кўрик учун субъектив шикоятлар билан мурожаат қилган, репродуктив ёшдаги 6 та беморда текширувлар мобайнида бачадон ортиғи ўсмаси, яна 6 нафарида бачадон аномал қон кетиши аниқланди. Таққослаб кўрилганда туғиш ёшдаги беморлар шикояти постменопаузал ёшдагиларга нисбатан сезиларли даражада кўпроқ бўлди (мос равишда 74,5% ва 51,9%; $p = 0,022$). Уларнинг асосий шикояти (106 нафар беморда) гипогастрик ва ёнбош соҳаларда турли характер ва интенсивликдаги оғриққа эканлиги аниқланган. Бу симптомдан ташқари, 37 нафарида қорин катталашиши ва қорин бўшлиғи ва тосда бегона жисмнинг сезилиши безовта қилган (ўсмаларнинг ўртача ўлчами 128 ± 81 мм). Ташрих ўтказилгандан ва гистологик хулоса олинганидан сўнг, улардан фақат 2 тасида хавфли ўсма қайд этилди, ўсма ўлчамлари эса 200 мм дан юқори. 46 нафар бемор мунтазам гинекологик текширувлар ва тос аъзоларининг УТТ вақтида "тасодифан" тухумдонлар хосиласи аниқланган, ушбу беморларда фаол шикоят қайд этилмаган.

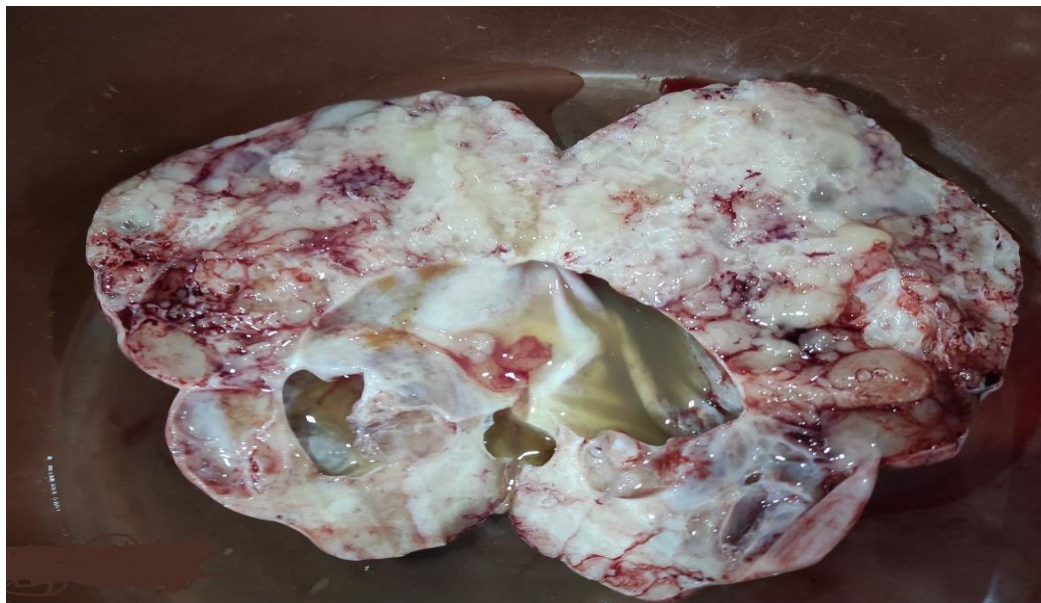
УТТ хулосаларига кўра ўсма ўлчамлари 12мм дан 310 мм гача, ўртача – 58 мм ни ташкил қилди. Олинган препарат гистологик тахлили натижасига кўра 117 нафар беморда хавфсиз, 26 тасида хавфли ўсма ташхисланган.

Тухумдон хавфсиз ўсмалари ўлчамлари 6 дан 200 мм гача (ўртача – 42 мм), хавфли ўсмаларнинг ўлчами эса 50 дан 300 мм гача (ўртача-137,5 мм). Хавфли ўсмалар ўлчами хавфсиз ўсмалар ўлчамига нисбатан сезиларли даражада катта ($p < 0.001$).

Тухумдон хавфсиз ўсмалари орасида энг кўп эпителиал ўсмалар ($n = 72$), сероз цистаденома ($n = 31$), муциноз цистаденома ($n = 4$) ва эндометриоид кисталар ($n = 36$) аниқланди. Етилган тератома 9 та, фолликуляр киста 7 та ва сариқ тана кистаси 1 нафар беморда қайд этилди. 3 та фиброматоз, 3 та стромал гипертекоз ва 1 та тухумдон стромал гиперплазияси аниқланди.

Хавфли ўсмалар 100 % ҳолатда эпителиал тўқимадан ривожланган ва қуйидаги гистологик вариантлар тасвирланган: сероз карцинома (1-расм) ($n = 12$), муциноз карцинома (2-расм) ($n = 11$), ёрқин хужайрали карцинома

($n = 3$). Тухумдон хавфли ўсмаси аниқланган беморларнинг 15 (57,7 %) нафари постменопаузал ёшда.



Расм 1. Чап тухумдон хавфли ўсмаси (муциноз карцинома). Олинган материал.



Расм 2. Чап тухумдон хавфли ўсмаси (сероз карцинома). Олинган материал.

Ташрихдан олдинги даврда HE4 онкомаркери кўрсаткичи 8 нафар аёлда ва ROMA индекси – 11 нафар аёлда нормадан баланд эканлиги аниқланди ва сўнги вақтларда чоп этилган адабиётларда хавфли ўсмаларга сезувчанлик ва ўзига хослик кўрсаткичлари баланд бўлганлиги сабабли онкологик касалликка гумон қилинди. СА-125 онкомаркери – 33 аёлда норманинг юқори чегарасидан ортганлиги сабабли ушбу аёлларда

тухумдон хавфли ўсмалари ёки эндометриоид ҳосилалар борлигига гумон қилишга асос бўлди.



Расм 3. Тухумдон хавфсиз ўсмаси (тератома). Олинган материал.



Расм 4. Тухумдон эндометриози. Олинган материал.



Расм 5. Тухумдон хавфсиз ўсмаси (сероз киста). Олинган материал.

Тухумдон хавфсиз ўсмалари бўлган аёлларда СА-125 онкомаркерининг қон зардобидagi натижалари (нормада 0-35 Бир./мл) 0,9 дан 253 бир./мл гача ортгани кузатилган бўлса, хавфли ўсмалар аниқланган беморларда ушбу маркер натижаси минимал 4 баробарга ортган (1-жадвал).

Жадвал 1.

Тухумдон хавфли ва хавфсиз ўсмаларида СА-125, HE4 ва ROMAиндекси миқдори чегаралари.

Ўсма характери	СА-125 (Ед/мл)	HE4* (пмоль/л)	HE4# (пмоль/л)	ROMA* (%)	ROMA#(%)
Хавфсиз ўсма	0,9-253	8,6-90,4	32,1-99,3	0,1-27,3	2,3-23,1
Хавфли ўсма	31-547	51,8-903,9	35,2-242,8	6,4-97	13-81,3
Тафовутлар миқдори (р)	<0,01	0,013	0,01	0,02	0,01

Эслатма: СА-125-углевод антигени (тухумдон хавфли ўсмаси онкомаркери); HE4-одам эпидидимисининг 4 оқили (тухумдон хавфли ўсмаси маркери); ROMA индекси - тухумдон хавфли ўсмаси хавфини баҳолаш алгоритми;* - репродуктив даврдаги беморларда диагностик текширувлар натижалари; # - менопаузадан кейинги беморларда диагностик текширув натижалари.

Туғиш ёшидаги ва менопаузадан кейинги даврдаги аёлларда қон зардобидagi HE4 онкомаркери натижаси мос тарзда 8,6-90,4 пмол/л гача (нормада 70 пмол/л гача) ва 32,1-99,3 пмол/л гача (нормада 140 пмол/л гача) ташкил қилган бўлса, хавфли ўсмаларда мос тарзда 51,8-903,9 пмол/л гача ва 35,2-242,8 пмол /л гача ортган.

Юқорида таъкидланган ёш мезонларига нисбатан ROMA индекси натижалари тухумдон хавфсиз ўсмаларида қуйидагича кўринишда бўлди: 0,2% дан 26,5% гача ва 2,3% дан 23,1% гача; хавфли ўсмалар учун - мос тарзда 6,4% дан 97% гача ва 13% дан 81,3% гача, ROMA индексининг қон зардобидаги нормал кўрсаткичи менопаузадан олдин 13,1% гача ва менопаузадан кейинги даврда 27,7% дан кам ҳисобланади.

1-жадвалдан хулоса қилиб айтиш мумкинки, СА-125 ва ROMA индекси тухумдон хавфли ва хавфсиз ўсмаларида сезиларли фарқ билан ажралиб турди ($p < 0,05$).

Қон зардобиди СА-125 миқдори 35 нафар беморда референс миқдор (35 Бир./мл) дан баланд эканлиги аниқланди, улардан 10 тасида хавфли ўсма аниқланган бўлса, 25 нафарида хавфсиз ўсма тасдиқланди.

Тухумдон хавфли ўсмасининг ёрқин хужайрали гистологик турида қон зардобидаги барча онкомаркерлар (СА-125, HE4, ROMA) референс миқдорда қолганлигини кузатдик. Barbati et al. ўтказган тадқиқотда ҳам шу каби натижалар қайд этилган ва муаллифнинг таъкидлашича, бу турдаги тухумдон хавфли ўсмаларида маркерлар камдан-кам ҳолларда ортади.

Ташрихдан кейинги даврда тухумдон хавфли ўсмаси ташхиси патоморфологик тасдиқланган беморлардан ташқари, муциноз цистаденома ва тарқалган генитал эндометриоз биргаликдаги бўлган беморда юқорида текширилган маркерларнинг барчаси нормал кўрсаткичдан ортгани кузатилган.

Тадқиқот мобайнида СА-125 маркери туғиш ёшида бўлган 22 нафар беморда мусбат натижа кўрсатди, улардан 14 тасида эндометриоид киста (СА-125 даражаси 45 дан 272 бир./мл гача ўзгарган), 2 тасида сероз цистаденома (СА-125 – 38,3 бирлик/мл), 3 нафарида тератома (3-расм) (СА-125 қийматлари мос равишда 69 ва 82,3 бирлик/мл) ва 3 нафарида тухумдон саратони аниқланди. Bast et al. га кўра бу маркернинг ҳаттоки ҳайз, ҳомиладорлик, эндометриоз ва бачадон миомасида ҳам ортиши кузатилганлиги боис, агар қўшимча бундай ҳолатлар қайд этилса «чегара ҳудуд» дея 35-65 Бир./мл дея кўрсатилган.

Тадқиқотимизда олинган натижаларга кўра, СА-125 онкомаркери сезувчанлик кўрсаткичи 82,3% ва ўзига хослик 81,7% ни кўрсатди. 1999-2009 йилларда Dodge et al. томонидан ўтказилган тадқиқотда эса тухумдон хавфли ўсмасига нисбатан СА - 125 сезувчанлиги ва ўзига хослик кўрсаткичи 78% ни кўрсатган.

8 нафар беморда HE4 маркери миқдори юқори чегарадан баланд

эканлиги аниқланди, улардан 5 тасида тухумдон саратони, 3 тасида тухумдон хавфсиз ўсмаси аниқланган (90,8 пмол/л). 2 нафар муциноз карцинома билан беморларда (ўсма ўлчами 150, 300 мм) юқорида таъкидланган маркер сохта манфий натижа олинди ва яна 1 нафар ёрқин ҳужайрали карцинома (ўсма ўлчами 216x159 мм), ҳамда 1 нафар сероз карцинома (ўсма ўлчами 125 мм) билан шундай ҳолат кузатилди. Эндометриоид ва ёрқин ҳужайрали аденокарциномаларда HE4 онкомаркери экспрессиясининг паст ва доимий бўлмаслиги, муциноз аденокарциномаларда эса умуман бўлмаслиги адабиётларда келтирилган маълумотларга мос экани исботланди. Park et al. ўз тадқиқотларида CA-125 (сезувчанлик 95 %, ўзига хослик 55,2%) ва HE4 (сезувчанлик 95 %, ўзига хослик 44,8%) натижаларини қиёсий тахлилида CA-125 онкомаркери тухумдон хавфли ўсмасини ташхислашда нибатан самарали эканлиги ҳақида хулоса қилган. Macedo et al. 2008-2013 йилларда нашр этилган, умумий ҳисобда 10671 та донор ва 3946 та тухумдон хавфли ўсмасини ўз ичига олган 45 та тадқиқот метатахлилини ўтказган. Тадқиқотда тухумдон саратонини аниқлашда HE4 аҳамияти ўрганилган. HE4 онкомаркери сезувчанлиги 78%, ўзига хослик кўрсаткичи эса 86,4 % ни ташкил қилган.

Кўплаб тахлилий тадқиқотларда HE4 маркери сезувчанлиги ва ўзига хослиги борасида сезиларли тафовутлар мавжуд. Олимларнинг таъкидлашича бундай катта фарқлар текширув усули (ELISA ёки иммунохемилюминесцент тахлил), турли дискраминацион даража ва тадқиқот дизайни билан боғлиқ.

Ўтказилган тадқиқотда 3 нафар (2 та тухумдон фолликуляр кистаси сариқ тана кистаси билан ва 1 та муциноз цистаденома, тарқалган ташқи генитал эндометриоз билан) репродуктив ёшдаги беморда HE4 маркери сохта мусбат натижа кўрсатди. Тухумдон хавфсиз ўсмалари сабабли HE4 маркерининг аҳамиятига бағишланган тадқиқотлар бугунги кунда унчалик ҳам кўп эмас. Америка қўшма штатларида ўтказилган тадқиқотларнинг бирида тухумдон хавфсиз ўсмалари (хавфсиз сероз ва муциноз цистаденомалар, эндометриоз) да HE4 экспрессияси ўрганилган. Муциноз цистаденома билан 18 тадан 16 тасида, тухумдон кистаси билан ҳам 18 тадан 16 тасида HE4 бўйлиш интенсивлиги ўрта ва юқори бўлган ҳолатлар аниқланди. Ушбу оқсил экспрессияси эндометриоз ўчоқларининг барча намуналарида ҳам кузатилган. Бироқ, тухумдон хавфли ўсмалари ва оддий кисталарни қиёсий ташхислашда CA-125 юқори бўлган ҳолатда HE4 оқсилени аниқлаш афзал ҳисобланмоқда. CA-125 плазмадаги миқдори

баланд бўлган 22 нафар беморда ташрихдан кейинги даврда эндометриоид киста чиққан беморларнинг фақатгина 5 тасида HE4 концентрацияси дискраминацион даражадан ошганлиги аниқланди ($p < 0,05$). Nuhtinen et al. қон зардобидаги HE4 ва CA-125 миқдорини тухумдоннинг турли характердаги касалликларида (тухумдон хавфли ўсмаси, эндометриоз, эндометрий хавфли ўсмаси) ва соғлом аёлларда (назорат гуруҳи) ўрганган. Қон зардобидаги CA-125 онкомаркерининг миқдори тухумдон хавфли ўсмаси, тухумдон эндометриоид кистаси ва эндометриозда ҳам сезиларли ортиши кузатилди. CA-125 онкомаркерининг ортиши кузатилган беморларда HE4 оқсилени тешириш кўплаб чет адабиётларда ҳам таъкидлаб ўтилган.

Жадвал 2.

Маркерларнинг сезувчанлик ва ўзига хослик кўрсаткичи

Маркер тури	Сезувчанлик(SE)	Ўзига хослик (SP)
CA-125	86,3 %	84,2%
HE4	46,8%	96,5%
ROMA	68,3 %	96,5 %

2-жадвалда келтирилган маълумотларга асосланган ҳолда HE4 оқсиленинг тухумдон хавфли ўсмасига сезувчанлик кўрсаткичи 46,8% ни, ўзига хослигига 96,5 % ни ташкил этди. Тадқиқотда таҳлил қилинган онкомаркерлар орасида сезувчанлик кўрсаткичи энг паст бўлгани HE4 оқсили бўлди. Бундай кўрсаткич бошқа бир қатор МДХ ва хорижий давлатларда ўтказилган илмий мақолаларда ҳам таъкидлаб ўтилган.

Тадқиқотимизда 7 нафар беморда ROMA индекси меъёрдан баланд эканлиги қайд этилиб, ташрихдан кейинги даврда беморларнинг 5 таси тухумдон кистаси, 2 нафарида эса тухумдон хавфсиз ўсмалари аниқланди (муциноз цистаденома тарқалган ташқи генитал эндометриоз билан, ROMA – 27,3%; тухумдон фолликуляр кистаси сариқ тана кистаси билан, ROMA – 24%). ROMA индексини ҳисоблашда қўлланилувчи HE4 ва CA-125 онкомаркерлари сезувчанлиги паст бўлган тухумдон ёрқин ҳужайрали саратонида индекснинг сохта манфий натижаси олинди. Шу билане бирга репродуктив ёшдаги муциноз карцинома аниқланган беморда ҳам қониқарли натижага эришилмади. Тухумдон муциноз карциномасида ROMA индексининг манфий натижа чиқишига HE4 оқсиленинг паст миқдорда бўлиши сабаб бўлиши мумкин, бу ҳақида баъзи адабиётларда маълум қилинган. Айнан ушбу беморда CA-125 онкомаркери нормадан

деярли 11 баробарга ортган, бу эса ўз навбатида ушбу углеводнинг сезувчанлик кўрсаткичи қониқарли эканлигидан далолат беради. Molina et al. ўз тадқиоқтида HE4, CA-125, ва ROMAиндексини қиёсий тахлилини ўтказган ва шундай хулоса берган: HE4 меъёрий миқдорда бўлиб, CA-125 ортган беморларда тухумдон хавфли ўсмасини аниқлашда ROMAиндекси 91% ҳолатларда қўл келади. Бироқ, бизнинг тадқиқотимизда тухумдон муциноз карциномаси бўлган беморда бундай натижа қайд этилмади.

Тухумдон фолликуляр кистаси, сариқ тана кистаси билан 36 ёшли беморда ва муциноз цистаденома тарқалган ташқи генитал эндометриоз билан 35 ёшли беморда ROMA индекси, HE4 онкомаркери каби сохта мусбат натижа аниқланган, бунга сабаб CA-125 ва HE4 натижаларининг қониқарсиз эканлигини айтиш мумкин. Тадқиқотда ROMA индексининг сезувчанлик кўрсаткичи (SE) 68,3 % ва ўзига хослик (SP) 96,5% билан ифодаланган, бу алгоритм муаллифлари томонидан тақдим этилган маълумотлардан (ROMA индексининг умумий сезувчанлик кўрсаткичи 93,8%, ўзига хослиги 74%) фарқ қилди [19]. Турли тадқиқотчилар бу мавзуда ҳар хил фикр билдиришади, баъзилари маркерларнинг комбинация қилиб қўлланиши самарадорлиги юқори деб айтса, баъзилари тухумдон хавфли ўсмаси скринингида ижобий томонга ўзгартирмайди дея баҳолайди. Бундай хулосалар қарама-қаршилиги тадқиқотда аниқланган метастатик ўсмалар, тухумдон муциноз ва ёрқин ҳужайрали карциномалари сабабли бўлади ва ушбу соҳада ҳануз етрлича тадқиқотлар заруриятини келтириб чиқаради [32].

CA-125, HE4, ва ROMAиндексининг натижалари ва тахумдон ўсмалари гистологик вариантлари орасида ўзаро боғлиқлик йўқ ($p > 0,05$).

Хулоса. CA-125 углеводининг тухумдон хавфли ўсмаларини ташрихга қадар ташхислашда ўзига хослик кўрсаткичи паст бўлганлиги сабабли ушбу аёллар генитал аъзолари хавфли ва хавфсиз ўсмаларини қиёсий ташхислашда янада аниқ хулоса учун қўшимча тестларни ўрганиш зарур. Тадқиқотда CA-125, HE4 ва ROMAиндексининг тухумдон хавфли ўсмаларида сезувчанлик кўрсаткичи мос равишда 86,3%, 46,8% ва 68,3%, ўзига хослик – 84,2%, 96,5%, 96,5% ни ташкил этди.

Тадқиқотимизда қўлланилган маркерларнинг тухумдон хавфли ва хавфсиз ўсмаларини ташрихдан олдинги даврда қиёсий ташхислашда энг аҳамиятли маркер сифатида CA-125 бўлган бўлса, кам аҳамиятлиси - HE4 оқсили эканлиги аниқланди. CA-125 юқори бўлган тухумдон эндометриоид кистаси аниқланган беморларда хавфли ва хавфсиз ўсмаларни қиёсий

ташхислашда HE4 онкомаркери сезиларли даражада самарали ҳисобланади. Шу билан бирга тарқалган ташқи генитал эндометриоз билан касалланган беморларда CA-125, HE4 ва ROMA тестларининг соҳта мусбат натижалари ҳам аниқланди. Тадқиқотимиз мобайнида қўлланилган барча онкомаркерлар сезувчанлик кўрсаткичи ва ўзига хослиги тухумдон ёрқин ҳужайрали карциномаларида паст эканлиги қайд этилди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ. 2016: 250 с.;
2. Аксель Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России. Онкогинекология. 2015; 1: 6-15.;
3. Кадагидзе З.Г., Никогосян С.О., Кузнецов В.В. Шелепова В.М., Современные методы иммунодиагностики злокачественных новообразований яичников. Онкогинекология. 2014; 3: 49-54.;
4. Ўзбекистон Республикасининг соғлиқни сақлаш вазирининг 20.11.2021 «Даволаш-профилактика муассасалари учун клиник баённомалар ҳамда касалликларни ташхислаш ва даволаш стандартларини тасдиқлаш тўғрисида» ги №273 сонли буйруғи;
5. Asciutto C., Kalapotharakos G., Henic E. et al. High preoperative blood levels of HE4 predicts poor prognosis in patients with ovarian cancer. J Ovarian Res. 2012; 5 (1): 20.;
6. Brown A.K., Moore R.G., Miller M.C. et al. Utility of a novel serum tumor biomarker HE4 in patients with endometrioid adenocarcinoma of the uterus. Gynecol Oncol. 2008; 110 (2): 196-201.;
7. Carvalho F.M., Anton C., Oliveira E.I. et al. A comparison of CA125, HE4, risk ovarian malignancy algorithm (ROMA), and risk malignancy index (RMI) for the classification of ovarian masses. Clinics(Sao Paulo). 2012; 67 (5): 437-41.;
8. Dodge J.E., Covens A.L., Lacchetti C. et al. Preoperative identification of a suspicious adnexal mass: a systematic review and meta-analysis. Gynecol Oncol. 2012; 126 (1): 157-66.;
9. Escudero J.M., Molina R., Auge J.M. et al. HE4 a novel tumour marker for ovarian cancer: comparison with CA 125 and ROMA algorithm in patients

- with gynecological diseases. Tumour Biol. 2011; 32 (6): 87-95.;
10. Huhtinen K., Suvitie P., Hiissa J. et al. Serum HE4 concentration differentiates malignant ovarian tumours from ovarian endometriotic cysts. Br J Cancer. 2009; 100 (8): 1315-19.;
 11. Kessel B., Johnson C.C., Riley T.L. et al. The epidemiology of CA-125 in women without evidence of ovarian cancer in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer (PLCO) Screening Trial. Gynecol Oncol. 2008; 110 (3): 383-9.;

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ш.М. Нуритдинова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Андижанский филиал

Аннотация.

Для того чтобы беременность развивалась нормально и безопасно для организма матери оплодотворенная яйцеклетка (зародыш) по маточным трубам должна проникнуть в полость матки и внедриться в слизистую матки. При внематочной беременности зародыш не попадает в полость матки, а прикрепляется и начинает развиваться в другом месте (в маточных трубах, на яичниках, в шейке матки, брюшине). Внематочная беременность является очень опасным состоянием и одной из основных причин смерти беременных женщин в первом триместре беременности. Но в настоящее время благодаря внедрению высоких технологий и современных методов диагностики и лечения женщин с внематочной беременностью появилась возможность не только спасти жизнь женщине, но и провести органосохраняющую операцию у пациенток с нереализованной репродуктивной функцией.

Ключевые слова: внематочная беременность, хирургическое лечение, туботомия, тубэктомия

ЕКТОПИК HOMILADORLIKNI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH (ADABIYOTLAR SHARHI)

Sh.M. Nuritdinova

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Andijon filiali

Annotatsiya.

Homiladorlikning onaning organizmi uchun normal va xavfsiz rivojlanishi uchun bachadon naychalari orqali urug'lantirilgan tuxum (embrion) bachadon bo'shlig'iga kirib, bachadon shilliq qavatiga kirib borishi kerak. Ektopik homiladorlikda embrion bachadon bo'shlig'iga kirmaydi, balki boshqa joylarda (bachadon naychalarida, tuxumdonlarda, bachadon bo'yni, qorin pardasida) bi-riktiriladi va rivojlana boshlaydi. Ektopik homiladorlik juda xavfli holat bo'lib, homiladorlikning birinchi trimestridagi homilador ayollar uchun o'limning asosiy sabablaridan biridir. Ammo hozirda ektopik homiladorlik bilan og'rigan ayollarni tashxislash va davolashning yuqori texnologiyalari va zamonaviy usullarini joriy etish tufayli nafaqat ayolning hayotini saqlab qolish, balki reproduktiv funktsiyasi amalga oshirilmagan bemorlarda organlarni saqlash operatsiyasini bajarish imkoni bor.

Kalit so'zlar: ektopik homiladorlik, jarrohlik davolash, tubotomiya, tubektomiya

SURGICAL TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY (LITERATURE REVIEW)

Sh.M. Nuritdinova

Republican scientific center of emergency medicine, Andijan branch

Abstract.

In order for pregnancy to develop normally and safely for the mother's body, a fertilized egg (embryo) through the fallopian tubes must penetrate into the uterine cavity and penetrate into the uterine mucosa. In an ectopic pregnancy, the embryo does not enter the uterine cavity, but attaches and begins to develop elsewhere (in the fallopian tubes, on the ovaries, in the cervix, peritoneum). Ectopic pregnancy is a very dangerous condition and one of the main causes of death for pregnant women in the first trimester of pregnancy. But now, thanks to the introduction of high technologies and modern methods of diagnosis and treatment of women with ectopic pregnancy, it has become possible not only to save the life of a woman, but also to perform an organ-preserving operation in patients with unrealized reproductive function.

Keywords: ectopic pregnancy, surgical treatment, tubotomy, tubectomy

Причины возникновения:

1. Патология маточных труб. Наиболее частая причина развития внематочной беременности вследствие образования спаек в маточных трубах. Возникает это заболевание по причине различных инфекций, передающихся половым путем. Отягчающими факторами могут быть аборты, спаечный процесс, оперативные вмешательства в данной области, а также различные воспалительные заболевания органов малого таза. Аномалии развития (добавочные маточные трубы, добавочные в них отверстия, аплазия и т.д.) также могут стать причиной трубной беременности.

2. Контрацепция. Нередко внематочная беременность наступает из-за использования внутриматочной спирали, противозачаточных таблеток типа «мини-пили», инъекций медроксипрогестерона. Внутриматочная спираль прекрасно предохраняет от маточной беременности, а от внематочной беременности женщина не застрахована. Действие внутриматочной спирали по большей части механическое — не позволить оплодотворенной яйцеклетке внедриться в стенку матки, но яйцеклетка может начать развиваться и не доходя до матки. Контрацептивы, не содержащие гормон эстроген, не способны полностью блокировать овуляцию, вследствие чего вероятность наступления как маточной, так и внематочной беременности довольно высока.

3. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Да, как это не парадоксально, ведь оплодотворенную в искусственных условиях яйцеклетку

вводят прямо в матку, и она может проникнуть дальше, чем требуется.

4. ИППП. Воспалительные заболевания в этиологии внематочной беременности составляют 42-80 %. В последние годы среди факторов риска возникновения внематочной беременности особое внимание уделяют инфекции, передающейся половым путем. Это, в первую очередь, касается хламидийного сальпингита, который встречается у 50-60 % пациенток с внематочной беременностью. Воспалительные заболевания внутренних половых органов приводят к нарушению проходимости, повреждению нервно-мышечного аппарата маточной трубы и нейроэндокринным нарушениям. Не менее важным фактором риска внематочной беременности являются перенесенные аборт, их имеет в анамнезе почти каждая вторая женщина.

5. На фоне приема индукторов овуляции частота внематочной беременности увеличивается до 10 %, а при развитии синдрома гиперстимуляции яичников риск эктопической беременности возрастает в три раза в сравнении с общей популяцией.

6. Перенесенные ранее оперативные вмешательства на трубах также являются фактором риска развития внематочной беременности. Реконструктивно-пластические операции нередко сопровождаются нарушением анатомии. Этим объясняется очень высокая (до 25 %) частота внематочной беременности после проведения подобных операций. Операциями, которые сопровождаются высоким риском возникновения трубной беременности, являются сальпингостомия, неосальпингостомия, фимбриопластика, овариосальпинголизис и наложение анастомоза трубы.

7. Наличие опухолей или опухолевидных образований матки и придатков приводит к изменению топографических взаимоотношений органов малого таза, что ведет к нарушению транспортной функции труб и возможности имплантации в эктопических местах. Кроме того, может нарушаться гормональная функция яичников, что опосредованно приводит к изменению транспортной функции маточных труб.

8. При эндометриозе выявляются нарушения транспортной функции маточных труб, что связано с изменением взаимосвязей в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Реже эндометриоз приводит к возникновению механических повреждений труб, сужению их просвета вследствие сдавления гетеротопиями или заращению.

9. Одной из причин внематочной беременности считается генитальный инфантилизм, это связано с увеличением длины маточных труб и

замедленной перистальтикой.

10. Курение является фактором риска развития внематочной беременности. У курящих пациенток риск возникновения эктопической беременности в 1,5-3,5 раза выше, чем у некурящих. Механизм воздействия никотина заключается в отсроченной овуляции, изменении сократительной активности труб и матки, а также нарушении иммунитета.

11. Имеет место повышенная активность трофобласта, что изменяет нидационные свойства оплодотворенной яйцеклетки, которые проявляются раньше времени не в полости матки, а в маточной трубе.

Формы внематочной беременности:

Самая частая форма эктопической беременности – трубная (96,5-98,5 %). Локализация плодного яйца в маточной трубе, по данным США и России, представлена следующим образом: интерстициальный отдел – соответственно 2-3 % и 2-3 %; истмический – 11-12 % и 10-40 %; ампулярный – 80 % и 30-60 %; фимбриальный – 4-5 % и 5-10 %. Около 5 % внематочных беременностей имеют редкую локализацию: одновременно в обеих трубах, интерстициальной части трубы, яичнике, замкнутом рудиментарном роге, шейке матки, между листками широкой связки, брюшной полости, области рубца после кесарева сечения, переходная форма, сочетание маточной и внематочной беременности. Сведения о распространенности редких форм внематочной беременности ограничены и представлены следующим образом: яичниковая – 1:7000 родов, замкнутом рудиментарном роге – 1 : 100000 родов, шейная – 1:8000 - 18000 родов, брюшная – 1:3000-10000 родов. Редкие формы внематочной беременности часто не учитываются практикующими врачами, поздно диагностируются и являются причиной высокой материнской заболеваемости и смертности. Одной из редчайших форм внематочной беременности является одновременная двухсторонняя трубная беременность – 5 случаев на 1 млн. исследований операционного материала. Возможно, эта форма является более распространенной, но во многих случаях она остается незамеченной или незарегистрированной.

Яичниковая беременность является одним из самых редких вариантов внематочной беременности. Из 200 внематочных беременностей одна является истинной яичниковой. Первое сообщение о яичниковой беременности относится к 1682 году (Сент-Морис).

Яичниковая беременность развивается при оплодотворении яйцеклетки в полости фолликула. Хотя известно, что яйцеклетка готова к оплодотворению еще до овуляции, многие авторы считают, что при яич-

никовой беременности в яичник имплантируется уже оплодотворенная яйцеклетка. Плодное яйцо может локализоваться на поверхности яичника с тонкой и легко разрывающейся капсулой плодovместилища. Последняя может располагаться и внутри фолликула, если оплодотворение яйцеклетки произошло без ее выхода или при ее попадании в полость фолликула вторично. Чем глубже располагается фолликул, тем длительнее развивается яичниковая беременность ввиду богатой васкуляризации.

Клинические проявления:

Клиническая картина зависит от расположения плодного яйца, срока беременности, прогрессирует ли беременность или она прерывается. Классическими клиническими признаками прервавшейся внематочной беременности являются: боль, задержка менструации и кровотечение из влагалища. Однако далеко не во всех случаях имеют место эти типичные проявления. У женщин с эктопической беременностью встречаются и некоторые другие симптомы, которые могут иметь место в ранние сроки и при маточной беременности: тошнота, увеличение молочных желез, слабость, схваткообразные боли внизу живота, боль в области плеча.

Диагностика:

При прогрессирующей трубной беременности диагностика часто бывает затруднена, так как женщину могут беспокоить лишь периодические тянущие боли внизу живота наряду с первыми признаками беременности.

Большое значение для диагностики внематочной беременности и дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов малого таза имеет УЗИ. При прервавшейся эктопической беременности нередко врачи прибегают к проведению прицельной пункции прямокишечно-маточного углубления (кульдоцентеза) под контролем УЗИ, что позволяет своевременно диагностировать минимальное внутрибрюшное кровотечение.

Определение бета-субъединицы хорионического гонадотропина в настоящее время является вспомогательным тестом для диагностики внематочной беременности.

Важное диагностическое значение имеет лапароскопия, которая позволяет визуально определить состояние матки, яичников, труб, объем кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца, оценить характер течения беременности (прогрессирующая или нарушенная), а также провести оперативное лечение.

Хирургическое лечение:

В отделениях оперативной гинекологии проводятся лапароскопические операции при любой локализации внематочной беременности. Во время лапароскопии под общим наркозом делаются 3 небольших прокола на животе диаметром до 1-2 см. В брюшную полость нагнетают углекислый газ. Вводятся троакары, благодаря которому можно визуализировать состояние органов малого таза на мониторе. В зависимости от состояния маточной трубы, размеров и месторасположения плодного яйца- хирург может произвести туботомию (разрез маточной трубы) либо тубэктомия (удаление маточной трубы).

Туботомия. При туботомии маточную трубу рассекают и удаляют плодное яйцо. Затем маточную трубу ушивают либо коагулируют. Туботомия позволяет сохранить “беременную” маточную трубу и это главное преимущество данного метода. Операцию проводят женщинам, которые хотят иметь ребенка в будущем, но при условии, если пораженная маточная труба в сохранном состоянии, т.е. нет существенных структурных изменений, в противном случае сохранение маточной трубы нецелесообразно.

Тубэктомия. Тубэктомию выполняют в тех случаях, когда изменения в маточной трубе необратимы (при нарушенной трубной беременности), а также в случае рецидива трубной беременности в той же маточной трубе после проведенной туботомии. При выраженном спаечном процессе в малом тазу также более целесообразно проведение тубэктомии. Во время тубэктомии последовательно коагулируют и иссекают участок широкой связки матки, прилегающий к маточной трубе (“мезосальпинкс”) и истмический отдел маточной трубы. Плодное яйцо вместе с удаленной маточной трубой извлекают из брюшной полости. Проводят тщательную санацию брюшной полости.

Лечение шеечной беременности. До недавнего времени единственным методом лечения шеечной беременности была гистерэктомия. Летальность при данной патологии достигала 40-45%. У пациенток с шеечной беременностью в нашем научном центре сегодня проводятся комбинированное органосохраняющее лечение путем химиотерапии цитостатиком (метотрексат) с последующим удалением плодного яйца с помощью петлевого электрода гистерорезектоскопа. Метотрексат является препаратом с цитостатическим действием на трофобласт, способствующий гибели ворсин хориона и в дальнейшем эмбриона, частичному

их отторжению, тромбозу сосудов ворсин хориона, снижению кровотока в области прикрепления плодного яйца. Цитостатическая терапия метотрексатом широко применяется в европейских странах как при шеечной, так и при трубной локализации плодного яйца. Перспективными методами при шеечной беременности служит проведение эмболизации ветвей маточных артерий или перевязки внутренних подвздошных артерий, что позволяет затем бескровно удалить плодное яйцо.

Список использованной литературы:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018 Mar;131(3):e91-e103. doi: 10.1097/AOG.0000000000002560. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2019 May;133(5):1059. PMID: 29470343.
2. Andrade AG, Rocha S, Marques CO, Simxes M, Martins I, Biscaia I, Barros CF. Ovarian ectopic pregnancy in adolescence. *Clin. Case Rep.* 2015; 3(11): 912-915.
3. Barnhart KT. Ectopic pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 2009; 361(4): 379-387. doi: 10.1056/NEJMc0810384.
4. Berezovskaya EP. Hormone therapy in obstetrics and gynecology: illusions and reality. Kharkov: Clinicom, 2014. 600 p. Chapter 11.12. Progestosterone and ectopic pregnancy.
5. Choi HS, Kim NY, Ji YI. Laparoscopic uterine artery occlusion before cervical curettage in cervicectopic pregnancy: safe and effective for preventing massive bleeding. *Obstet. Gynecol. Sci.* 2015; 58(5): 431-434. doi: 10.5468/ogs.2015.58.5.431.
6. Chouinard M, Mayrand MH, Ayoub A, Healy-Profitós J, Auger N. Ectopic pregnancy and outcomes of future intrauterine pregnancy. *Fertil Steril.* 2019 Jul;112(1):112-119. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.03.019. Epub 2019 May 2. PMID: 31056305.
7. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018 Feb;131(2):e65-e77. doi: 10.1097/AOG.0000000000002464. PMID: 29232273.
8. Dahab AA, Aburass R, Shawkat W, Babgi R, Essa O, Mujallid RH. Full-term extrauterine abdominal pregnancy: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2011; 5: 531.

9. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2020 May 15;101(10):599-606. PMID: 32412215.
10. Nielsen SK, Møller C, Glavind-Kristensen M. [Abdominal ectopic pregnancy]. *Ugeskr Laeger*. 2020 Apr 6;182(15):V08190467. Danish. PMID: 32286219.
11. Scibetta EW, Han CS. Ultrasound in Early Pregnancy: Viability, Unknown Locations, and Ectopic Pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019 Dec;46(4):783-795. doi: 10.1016/j.ogc.2019.07.013. PMID: 31677754.
12. Szadok P, Kubiacyk F, Bajorek A, Suchocki S. Ovarian ectopic pregnancy. *Ginekol Pol*. 2019;90(12):728. doi: 10.5603/GP.2019.0125. PMID: 31909468.
13. Tonick S, Conageski C. Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2022 Sep;49(3):537-549. doi: 10.1016/j.ogc.2022.02.018. PMID: 36122984.

COMPARATIVE ANALYSIS OF METHODS OF INTRAOPERATIVE HEMOSTASIS IN TRAUMATIC INTRACRANIAL HEMORRHAGES

A.R. Mamadaliev¹, B.N. Davlatov²

Andijan branch of the Republican scientific center of emergency medicine
Andijan State Medical Institute

Abstract.

Severe traumatic brain injury is the leading cause of death among people under 45 years of age. For the most part, this is due to a compressive mechanism (mainly intracranial hematoma), leading to edema and swelling of the brain, as a result of acute cerebral insufficiency. The aim of this study was to compare and identify the advantages and disadvantages of various topical hemostatic agents. To do this, we studied the data of 184 patients with intracranial hemorrhages of various depths and localizations. Intraoperative and immediate results of hemostasis and postoperative complications were evaluated, and the advantages and disadvantages of the techniques were identified.

Key words: traumatic brain injury, intracranial hematoma, intraoperative hemostasis, hemostatic collagen sponge, hemostatic powder.

KALLA SUYAGI ICHI TRAVMATIK QON KETISHLARDA INTRAOPERATSION GEMOSTAZ USULLARINI QIYOSIY TAXLILI

A.R. Mamadaliyev¹, B.N. Davlatov²

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filiali¹
Andijon davlat tibbiyot instituti²

Annotatsiya

Bosh miya og'ir jarohatlari 45 yoshgacha bo'lgan odamlar o'limining asosiy sababidir. Ko'pincha, bu o'tkir miya yetishmovchiligi natijasida miyaning shishishiga olib keladigan bosim mexanizmi (asosan kalla ichi gematoma) bilan bog'liq. Ushbu tadqiqotning maqsadi turli xil gemostatik vositalarning afzalliklari va kamchiliklarini solishtirish va aniqlash edi. Buning uchun biz turli xil chuqurlikdagi va lokalizatsiyadagi kalla ichi gematomalari bo'lgan 184 bemorning ma'lumotlarini o'rgandik. Gemostazning intraoperativ va yaqin natijalari va operatsiyadan keyingi asoratlar baholandi, texnikaning afzalliklari va kamchiliklari aniqlandi.

Kalit so'zlar: travmatik miya shikastlanishi, intrakranial gematoma, intraoperativ gemostaz, gemostatik kollagen shimgich, gemostatik kukun.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ.

А.Р. Мамадалиев¹, Б.Н. Давлатов²

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи¹

Андижанский государственный медицинский институт²

Аннотация.

Тяжелая черепно-мозговая травма является ведущей причиной смерти среди лиц моложе 45 лет. В большинстве своем это обусловлено компримитирующим механизмом (в основном внутричерепной гематомой), ведущим к отеку и набуханию головного мозга, как следствие острой церебральной недостаточности. Целью данного исследования было сравнение и выявление преимуществ и недостатков различных местных гемостатиков. Для этого нами изучены данные 184 пациентов с внутричерепными кровоизлияниями различной глубины и локализации. Оценены интраоперационные и ближайшие результаты гемостаза и послеоперационные осложнения, а также выявлены преимущества и недостатки методик.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, внутричерепная гематома, интраоперационный гемостаз, гемостатическая коллагеновая губка, гемостатический порошок.

The relevance of research. Surgical removal of intracranial hematomas is one of the main options for treating traumatic brain injury. In modern neurosurgery, one of the unsolved problems is the problem of achieving hemostasis after the main stage of the operation [2, 3]. This is due to the fact that it is undesirable to carry out excessive coagulation, clipping or ligation of vessels in the area of the brain tissue, as well as to use local hemostatic agents that retain their structure for a long time and often provoke the development of a local inflammatory process [1, 4].

The purpose of the study was to conduct a comparative analysis of methods of intraoperative hemostasis based on clinical data.

Material and research methods. The material of the study was the data of 184 patients with traumatic intracranial hemorrhages. The patients were hospitalized immediately after the injury or were admitted through the air ambulance to the neurosurgery department of the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care. The age of the studied patients ranged from 18 to 85 years according to the WHO age classification

(WHO, 2017). The mean age was 43.8 ± 10.6 years. Among the studied patients, 162 (88%) were men, 22 (12%) were women. The main group (96 patients) consisted of patients who underwent intraoperative hemostasis using Hemoben powder during surgery, patients in the comparison group (88 patients) - a collagen hemostatic sponge.

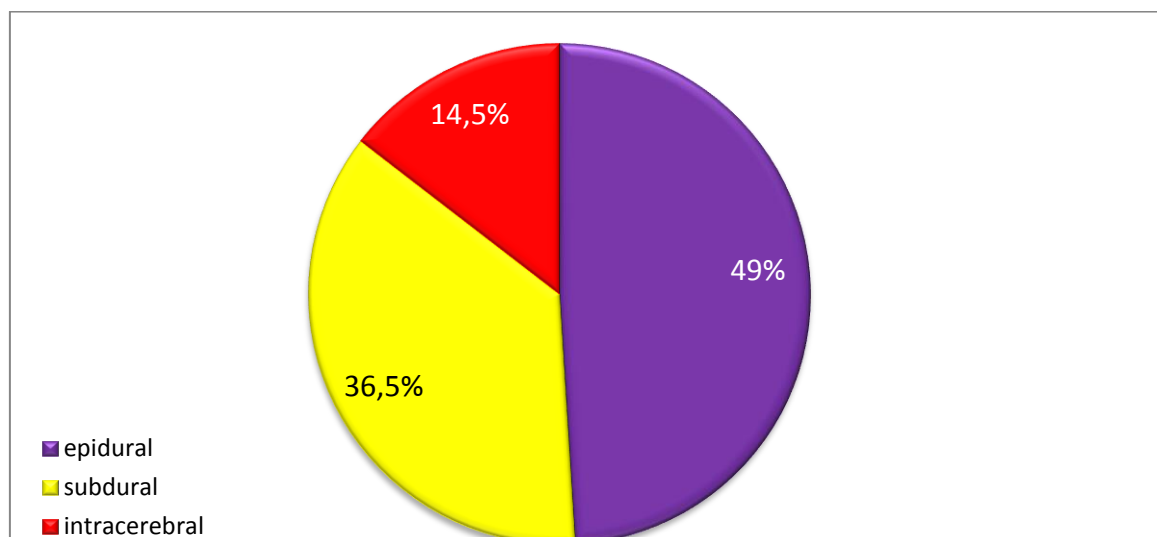


Figure 1. Distribution of patients in the comparison group according to the type of intracranial hematoma.

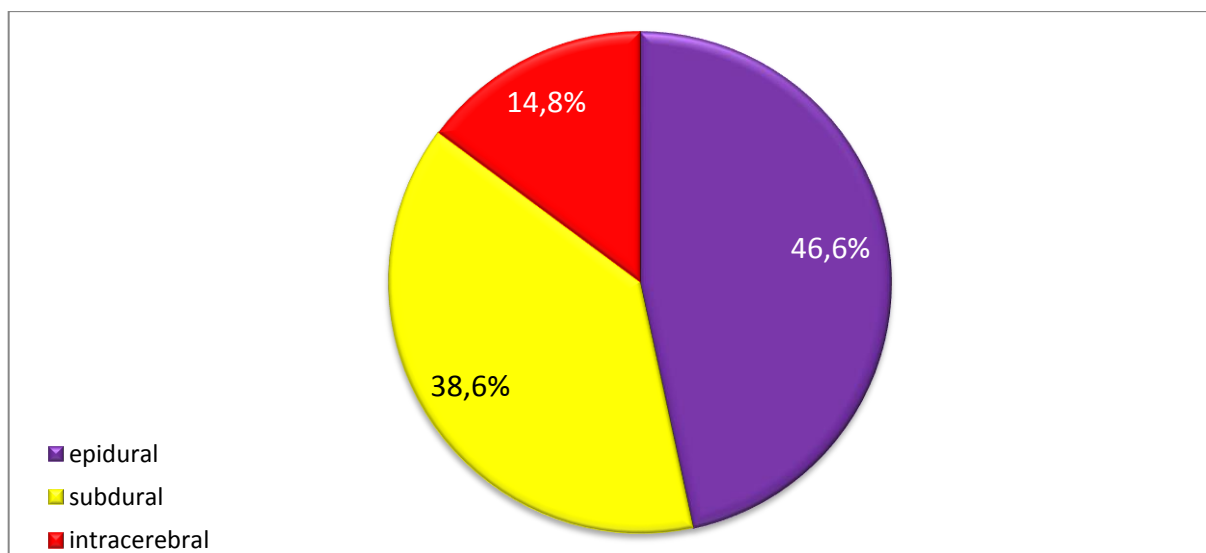


Figure 2. Distribution of patients in the main group according to the type of intracranial hematoma.

All patients underwent surgical removal of intracranial hematoma with intraoperative use of local hemostatics.

Results and its discussion. Bleeding intensity was assessed using the Lewis KM et al. (2017), where 0 points - no bleeding, 1 point - diapedetic hemorrhage, 2

- extensive bleeding.

After performing the main stage of the operation in patients in the comparison group, this indicator was 0 points (no bleeding) only in 8.3% of patients, in the main group 6.8%.

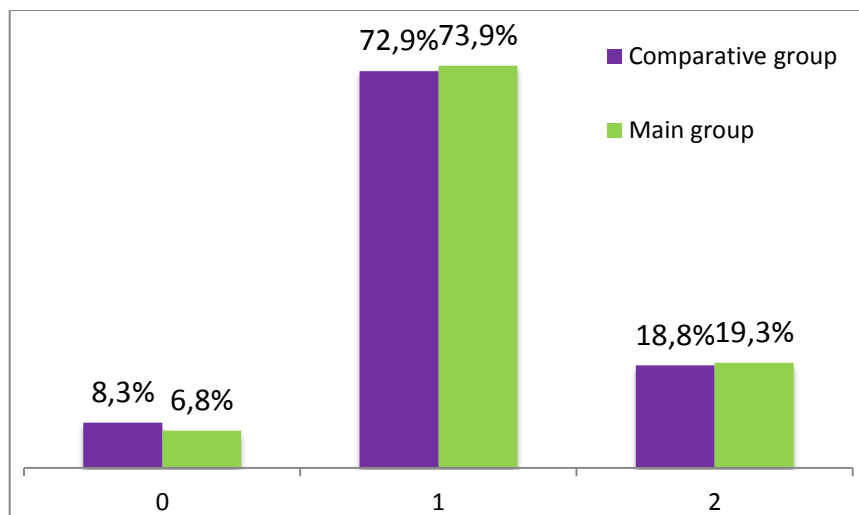


Figure 3. Estimation of bleeding intensity according to Lewis K.M. et al. (2017) after the main stage of the operation

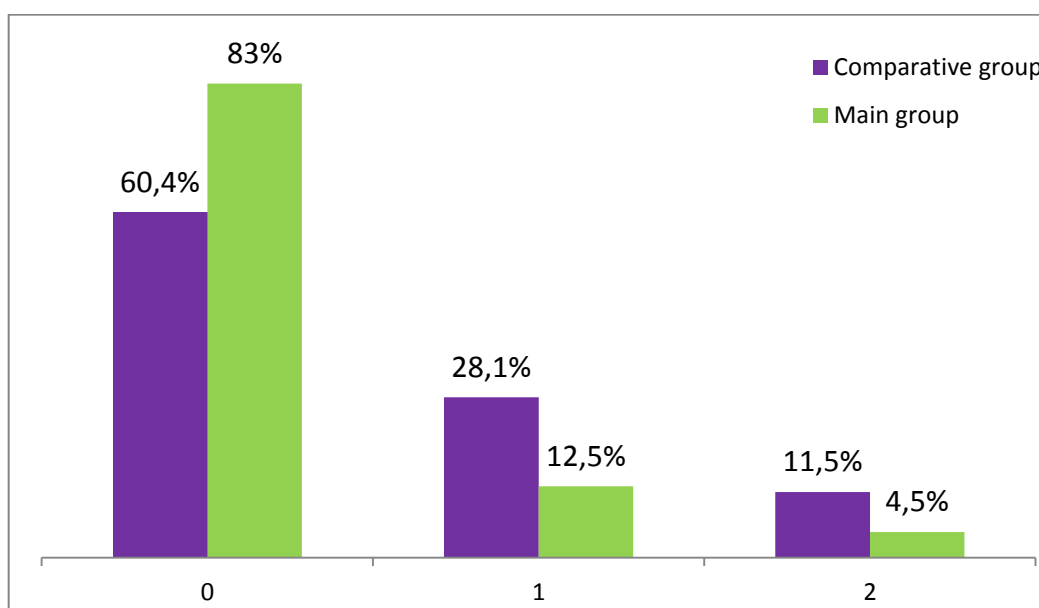


Figure 4. Assessment of bleeding intensity after the first stage of local hemostasis

To achieve complete hemostasis in patients in the comparison group, on average, it took 1.5 ± 0.7 stages, and in the main group this figure decreased to 1.2 ± 0.4 .

The assessment of bleeding intensity after the first stage of local hemostasis is shown in the following diagram.

As can be seen from the diagram, complete hemostasis (0 points on the scale) was achieved in 73 patients (83%) in the main group, while in the comparison group this figure was 60.4% on the intraoperative bleeding severity scale. Diapedetic bleeding (1 point on a scale) after the first stage of local hemostasis in patients in the main group was 12.5% (in 11 patients) and in the comparison group it was 28.1% (in 27 patients).

The total duration of achieving intraoperative hemostasis was less than 5 minutes in the main group in 64 (72.2%) patients and in the comparison group in 51 patients (53.1%). In 23 (26.1%) patients in the main group and in 31 patients (32.3%) in the comparison group, the duration of hemostasis was from 5 to 10 minutes, and in 10 (10.4%) patients in the comparison group, the duration of hemostasis took 10-15 minutes, and in the main group only in one patient (1.1%). In 4 patients (4.2%) in the comparison group, this stage took more than 15 minutes, while in the main group there were no such patients.

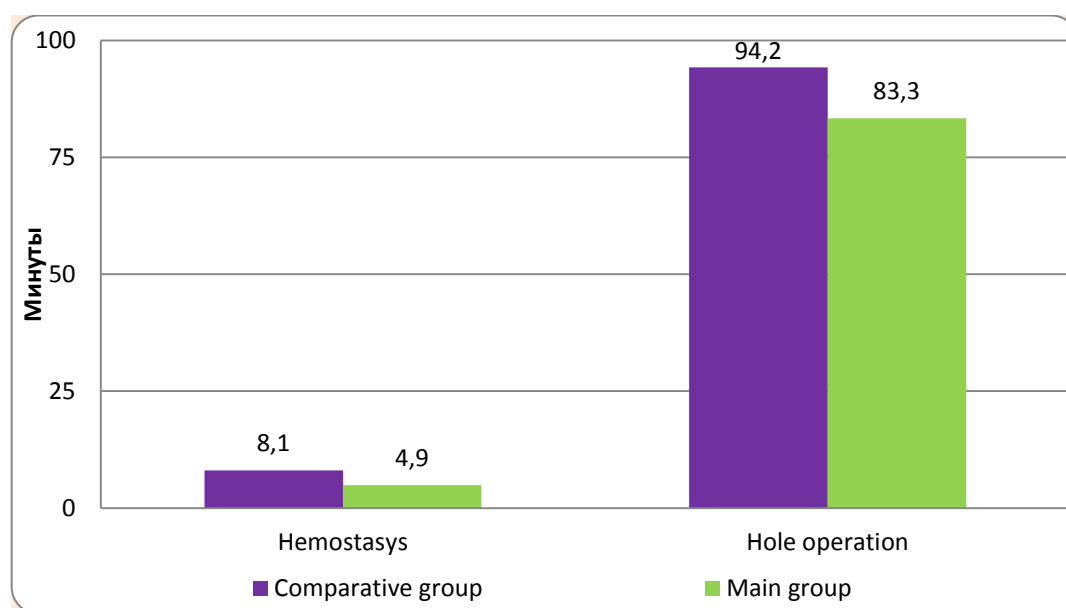


Figure 5. Duration of the hemostasis stage and the whole operation (min: $M \pm \delta$)

As we can see from this diagram (Fig. 5), the duration of the hemostasis stage was 8.1 ± 4.9 minutes in patients of the comparison group, while in the main group this indicator was 4.9 ± 1.2 minutes, thus the total time of the operative intervention decreased from 94.2 ± 35.5 minutes in the comparison group to 83.3 ± 32.2 minutes in the main group.

The total volume of intraoperative blood loss in the comparison group was 397.9 ± 43.1 ml, while in the main group it was 376.3 ± 39.5 ml; group - $62.8 \text{ ml} \pm 20.8$. At the stage of access to the hematoma, the volume of blood loss in the

comparison group was 264.2 ± 29.9 ml, in the main group - 259.1 ± 25.1 ml, blood loss indicators already at the main stage in the comparison group amounted to 70.2 ± 16.6 ml, while in the main group this figure was 54.4 ± 15.1 ml, thereby achieving less blood loss at all stages.

Conclusions. The use of the domestic drug Hemoben in operations in patients with traumatic intracranial hemorrhages, already at the first application according to the proposed method to the wound surface of the brain tissue, made it possible to significantly reduce the intensity of parenchymal bleeding with an increase in the frequency of achieving one-stage absolute hemostasis (0 points on the Lewis KM et al. scale) with 60.4% to 83.0% ($\chi^2=11.395$; $df=2$; $p=0.004$).

Also, the new method made it possible to reduce the number of hemostatic stages from 1.5 ± 0.7 to 1.2 ± 0.4 ($t=3.74$; $p<0.05$), reduce the need for additional hemostasis agents (electrocoagulation, hemostatic sponge, temporary compression with a gauze pad with hot saline) from 39.6 to 17.0% ($\chi^2=15.717$; $df=3$; $p=0.002$), duration of the entire hemostasis stage from 8.1 ± 4.9 to 4.9 ± 1.9 minutes ($t=5.83$; $p<0.05$) and to reduce the volume of blood loss at the stage of hemostasis from 70.2 ± 16.6 to 54.4 ± 15.1 ml ($t=6.77$; $p<0.05$).

Used literature:

1. Del Verme J., Conti C., Guida F., Use of gelatin hemostatic matrices in patients with intraparenchymal hemorrhage and drug-induced coagulopathy. *J Neurosurg Sci.* 2019; 63: 737-742 <https://doi.org/10.23736/S0390-5616.16.03362-2>
2. Garza, N.; Toussi, A.; Wilson, M.; Shahlaie, K.; Martin, R. The Increasing Age of TBI Patients at a Single Level 1 Trauma Center and the Discordance Between GCS and CT Rotterdam Scores in the Elderly. *Front. Neurol.* 2020, 11, 112.
3. Isakov, B. M., Mamadaliev, A. B., Khakimov, M. N., & Isakov, K. B. (2022). On the issue of surgical methods for the treatment of dislocation syndrome in supratentorial brain tumors. *International journal of social science & interdisciplinary research* ISSN: 2277-3630 Impact factor: 7.429, 11(04), 14-16.
4. Nicoletti G.F., Umana G.E., Graziano F., Florio A., Scalia G. Repair of a spinal pseudomeningocele in a delayed postsurgical cerebrospinal fluid leak using titanium U-clips: technical note. *Interdiscip Neurosurg Adv Tech Case Manag.* 2020; 21: 100742 <https://doi.org/10.1016/j.inat.2020.100742>

5. Roberto Giammalva G, Brunasso L, Costanzo R, Paolini S, Umana G, Yağmurlu K, Chaurasia B, Cicero S, Scalia G, Basile L, Maria Gerardi R, Gulì C, Angela Pino M, Graziano F, Federico Nicoletti G, Tumbiolo S, Gerardo Iacopino D, Maugeri R. The role of hemostatic devices in neurosurgery. A systematic review. *J Clin Neurosci*. 2021 Jul;89:151-157. doi: 10.1016/j.jocn.2021.05.016. Epub 2021 May 12. PMID: 34119260.
6. Serrato-Avila J.L., Navarro-Fernández J.O., Hernández-Reséndiz R., Cacho-Díaz B., Reyes-Soto G., Monroy-Sosa A. Gelatin paste as an alternative cost-effective hemostatic agent in cranial surgery: doing more with less. *World Neurosurg*. 2019; 122: 224-228<https://doi.org/10.1016/j.wneu.2018.10.224>
7. Tompeck AJ, Gajdhar AUR, Dowling M et al (2020) A comprehensive review of topical hemostatic agents: the good, the bad, and the novel. *J Trauma Acute Care Surg* 88(1):e1–e21. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002508>

БОЛДИР СУЯКЛАРИ ОЧИҚ СИНИШЛАРИДА КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ

О.Н. Абдулазизов, О.О. Абдухалимов

Андижон давлат тиббиёт институти

Аннотация.

Компартмент-синдром мушак-скелет тизимининг шикастланишининг энг кам ўрганилган асоратларидан бири бўлиб, ушбу патологик ҳолатни ташхислаш ва олдини олиш тажрибали мутахассислар орасида ҳам саволлар туғдиради. Ушбу адабиётлар шарҳида биз ўткир компартмент синдромининг болдир суяклари очиқ синшларида учраш частотасида тўхталиб ўтишга ҳаракат қилдик.

Калит сўзлар: ўткир компартмент-синдроми, тўқималар ичи босими, болдир суяклари очиқ синиши, профилактик даволаш.

COMPARTMENT SYNDROME IN OPEN FRACTURES OF THE LEG BONES

O.N. Abdulazizov, O.O. Abdukhalimov

Andijan State Medical Institute

Abstract.

Compartment syndrome is one of the least studied complications of injuries of the musculoskeletal system, and the diagnosis and prevention of this pathological condition raises questions even among experienced specialists. In this review of the literature, we tried to focus on the frequency of occurrence of this pathology in open fractures of the tibia.

Key words: acute compartment syndrome, interstitial hypertension, open fracture of the leg bones, prophylactic treatment.

КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

О.Н. Абдулазизов, О.О. Абдухалимов

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация.

Компартмент-синдром является одним из самых малоизученных осложнений травм опорно-двигательного аппарата, а диагностика и профилактика данного патологического состояния вызывает вопросы даже у опытных специалистов. В данном обзоре литературы мы постарались остановиться на частоте встречаемости данной патологии при открытых переломах костей голени.

Ключевые слова: острый компартмент-синдром, внутритканевая гипертензия, открытый перелом костей голени, профилактическое лечение.

Компартмент-синдромининг ўртача тарқалиши 100 минг аҳолига 3,1 (100 минг эркак аҳолига 7,3 ва 100 минг аёлга 0,7). Компартмент-синдромининг энг кенг тарқалган сабаби болдир милнинг синиши ҳисобланади. Компартмент-синдромининг барча ҳолатларининг тахминан 36% болдир синиши билан боғлиқ бўлиб, уларда компартмент-синдроми билан касалланиш 1,4% дан 48% гача ўзгариб туради [1, 5, 7].

Диафиз синишларида компартмент-синдромининг кўплиги, эҳтимол, асосий мушак массаси болдир диафиз қисмини ўраб турганлиги билан боғлиқ. Диафиз синишида мушакларнинг биргаликдаги шикастланиши компартмент-синдроми ривожланишига қўшимча ҳисса қўшади [10]. компартмент-синдроми кўпинча 3-турдаги кўп бўлакли синишларда кузатилади [6].

Тахминларга кўра, компартмент-синдроми болдир синган беморларни даволаш харажатларини уч барабар оширади [4, 8].

Шуни таъкидлаш керакки, фасция шикастланиш очик синишларда юзага келиши шарт эмас, шунинг учун компартмент-синдромининг барча ҳолатларининг 5,8-9% очик синишларда учрайди [3].

Zelle B.A. ва бошқалар компартмент-синдроми хавфи 35 ёшдан кичик ва спорт жароҳати бўлган одамларда юқори эканлигини кўрсатди [13]. Ёшлик компартмент-синдроми учун мустақил хавф омили сифатида аниқланган. Beth Z. ва бошқалар компартмент-синдромининг зўравонлиги фастсиянинг зичлигига тўғридан-тўғри пропорционал эканлигини аниқланиб [2], бу ёш билан камайиши белгиланди.

Болдирнинг тўртта бўшлиғидан олдинги қисми энг кўп таъсирланади [1].

Компартмент-синдроми даволашнинг асосий тамойиллари эрта ташхис ва ўз вақтида фасциотомия ўтказиш ҳисобланади. Агар ташхис икки соатлик кечикиш билан амалга оширилса, унда оғир асоратлар ва ҳатто ўлим эҳтимоли юқори.

Ҳозиргача компартмент-синдроми ташхислаш қийин ишдир, чунки ҳозир ҳам асосан клиник кўринишга кўпроқ эътибор қаратиш керак.

Бир қатор тадқиқотлар шуни кўрсатдики, симптомларнинг йўқлиги компартмент-синдромини истисно қилиш учун уларнинг тасдиқлаш мезони сифатида мавжудлигидан кўра ишончлироқ мезондир [11].

Ўртача 30-45 мм сим. уст. тенг мутлоқ интерстициал босимда (ИСБ) фасциотомия қилишни тавсия қилинади. Агар клиник кузатувлар тўлиқ маълумот бермаса, компартмент-синдромини тасдиқлаш ёки истисно қилиш учун интерстициал босим кузатилиши керак. Ҳозирги вақтда фасциотомия учун кўрсатма ҳисобланиб интерстициал босим даражаси 30 мм сим. уст. тенг эканлиги қабул қилинади.

Афсуски, ҳозирги кунга қадар мушак тўқималарининг ишемиясининг ўзига хос белгиси топилмади, бу эса компартмент-синдромини тез ва

инвазив бўлмаган ташхис қўйиш имконини беради.

Компартмент-синдромини эрта ташхислаш учун тасвирлаш усулларининг диагностик қиймати чекланган [2]. Сурункали компартмент-синдроми [13] диагностикаси учун синтиграфиядан муваффақиятли фойдаланиш бўйича бир нечта нашрлар мавжуд, аммо у кўп вақт талаб этади, паст ўзига хосликка эга ва вақт ўтиши билан амалга оширилмайди. Ультратовуш ва доплерография ҳали компартмент-синдромининг эрта ташхисида ўз ўрнини топмаган.

Яқин инфрақизил диапазондаги спектроскопия, маҳаллий мушак тўқималарининг кислородланиши ва перфузиясини реал вақт режимида кузатиш имконини берувчи инвазив бўлмаган оптик усул компартмент-синдроми диагностикаси учун потенциал самарали ҳисобланади [12].

Компартмент-синдроми ташхиси аниқлангандан сўнг, жалб қилинган бўшлиқларни декомпрессиялаш учун шошилишч фасциотомия қилиш керак [4]. Оёқнинг тўрт бўлинмали декомпрессиясининг иккита варианты мавжуд: анъанавий иккита кесма усули (антеролатерал ва постеромедиал кесмалар) ва битта парафибуляр кесма орқали [11].

Компартмент-синдроми пайтида пайдо бўлган мушакларнинг шишиши жароҳатни эрта ёпишга имкон бермайди. Серияларини таҳлил қилганда, улар фасциотомиянинг 12 ҳолатидан фақат 5 тасида ярани ёпиш техник жиҳатдан мумкин ва хавфсиз эканлигини аниқладилар [9]. Тўқималарнинг шишиши чўққиси ўтиб кетганидан кейин ва барча жонсиз ва некротик тўқималарни олиб ташлангандан сўнг ярани тикиш мумкин.

Вакуумли яра дренажидан фойдаланиш кенг оммалашди, хусусан, шишишни камайтиришга ёрдам беради ва тери ярасининг четларини солиштиришни осонлаштиради [8]. Техника бирламчи кечиктирилган чоклар билан ярани ёпиш эҳтимолини ошириши ва аутодермопластика билан яранинг ёпилишини осонлаштириши мумкин.

Компартмент-синдромнинг асоратларидан бири реперфузион синдром ҳисобланади [10]. Tan L. ва бошқалар томонидан ўтказилган тадқиқот прокомпартмент-синдромимал болдир синишлари бўлган беморларда фассиотомиядан кейин инфекцион асоратларнинг частотасида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқларни кўрсатмади, бунда фасциотомия кесмаларини ёпишдан олдин, ёпиш пайтида ёки ёпилгандан кейин очиқ редукция ва ички фкомпартмент-синдромиация амалга оширилди [11].

Хулоса қилиб шуни таъкидлаш керакки, болдир очиқ синишлари билан компартмент-синдроми жуда кам учрайди. Шунга қарамай, бир қатор ҳолларда интерстициал босим мониторинги, биринчидан, бирламчи жаррохлик ишлови пайтида фасциотомияга кўрсатмаларини аниқлаш учун ва иккинчидан, бизни ушбу даҳшатли асоратни ривожланиш хавфи ҳақида огоҳлантириш учун зарурдир.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Al-Hourani K, Pearce O, Bott A, Riddick A, Trompeter A, Kelly MB. Three-vessel view debridement of the open tibial fracture: a surgical technique. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2022 Oct;32(7):1435-1441. doi: 10.1007/s00590-021-03110-0.
2. Beth Z, Hahn D, Kramer B, Tirre C, Kruse D, Stone PA. Open Tibial Fracture Complicated by Wound Botulism: A Case Study. J Foot Ankle Surg. 2021 May-Jun;60(3):600-604. doi: 10.1053/j.jfas.2019.04.020. Epub 2021 Feb 27.
3. Fonkoue L, Tissingh EK, Muluem OK, Kong D, Ngongang O, Tambekou U, Handy D, Cornu O, McNally M. Predictive factors for fracture-related infection in open tibial fractures in a Sub-Saharan African setting. Injury. 2023 Jul;54(7):110816. doi: 10.1016/j.injury.2023.05.047.
4. Lombardo DJ, Siljander MP, Sobh A, Moore DD, Karadsheh MS.

- Periprosthetic fractures about total knee arthroplasty. *Musculoskelet Surg.* 2020 Aug;104(2):135-143. doi: 10.1007/s12306-019-00628-9.
5. Magnusson EA, Weltsch D, Baldwin KD, Blumberg TJ. Open Reduction of Closed Pediatric Tibial Shaft Fractures Treated With Intramedullary Stabilization Does Not Increase Risk of Postoperative Complications. *J Orthop Trauma.* 2020 Sep;34(9):482-487. doi: 10.1097/BOT.0000000000001762.
 6. Plotnikovs K, Ribakovs O, Movcans J, Pasters V, Solomin LN. A 52-Year-Old Man with a Gustillo-Anderson IIIB Open Tibial Shaft Fracture with Extensive Soft-Tissue Defect Requiring Limb Salvage with Artificial Deformity-Creating Technique. *Am J Case Rep.* 2022 Jan 2;23:e934788. doi: 10.12659/AJCR.934788.
 7. Qi H, Lu Y, Li M, Ren C, Xu Y, Ma T, Wang Q, Zhang K, Li Z. Open reduction and internal fixation of the tibial avulsion fracture of the posterior cruciate ligament: which is better, a hollow lag screw combined with a gasket or a homemade hook plate? *BMC Musculoskelet Disord.* 2022 Feb 11;23(1):143. doi: 10.1186/s12891-022-05096-0.
 8. Saiz AM Jr, Stwalley D, Wolinsky P, Miller AN. Patient Comorbidities Associated With Acute Infection After Open Tibial Fractures. *J Am Acad Orthop Surg Glob Res Rev.* 2022 Sep 23;6(9):e22.00196. doi: 10.5435/JAAOSGlobal-D-22-00196.
 9. Shafiq B, Hacquebord J, Wright DJ, Gupta R. Modern Principles in the Acute Surgical Management of Open Distal Tibial Fractures. *J Am Acad Orthop Surg.* 2021 Jun 1;29(11):e536-e547. doi: 10.5435/JAAOS-D-20-00502.
 10. Shimberg JL, Leska TM, Cruz AI Jr, Patel NM, Ellis HB Jr, Ganley TJ, Johnson B, Milbrandt TA, Yen YM, Mistovich RJ; Tibial Spine Research Interest Group. A Multicenter Comparison of Open Versus Arthroscopic Fixation for Pediatric Tibial Spine Fractures. *J Pediatr Orthop.* 2022 Apr 1;42(4):195-200.

doi: 10.1097/BPO.0000000000002049.

11. Tan L, Li YH, Li Y, Lin T, Zhu D, Sun DH. Tibial plateau fractures (AO type B3) combined with tibial tubercle fracture: Case report and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Sep;97(36):e12015. doi: 10.1097/MD.00000000000012015.
12. Vendeuvre T, Gayet LÉ. Percutaneous treatment of tibial plateau fractures. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2021 Feb;107(1S):102753. doi: 10.1016/j.otsr.2020.102753.
13. Zelle BA, Dang KH, Ornell SS. High-energy tibial pilon fractures: an instructional review. *Int Orthop*. 2019 Aug;43(8):1939-1950. doi: 10.1007/s00264-019-04344-8.

SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY WITH INTRACRANIAL HEMATOMAS

K.A. Kuldashev, N.Yu. Mirzayuldashev
Andijan State Medical Institute

Abstract.

The article is devoted to the experience of treating severe traumatic brain injury with intracranial hematomas for the period from 2019 to 2021 in the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care. 101 patients underwent a comprehensive examination and treatment.

Key words: severe traumatic brain injury, hematoma, treatment.

BOSH MIYA OG'IR JAROXATLARIDA KALLA SUYAGI ICHI GEMATOMALARI

K.A. Kuldashev, N.Yu. Mirzayuldashev
Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya.

Maqola Respublika shoshilinch tez tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filialida 2019 – 2021 yillarda og'ir bosh miya jaroxatlari intrakranial gematomalarni davolash tajribasiga bag'ishlangan. 101 nafar bemor kompleks tekshiruv va davolash muolajalarini olgan.

Kalit so'zlar: bosh miya og'ir jaroxati, gematoma, davolash.

ТЯЖЁЛЫЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

К.А. Кулдашев, Н.Ю. Мирзаюлдашев
Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация.

Статья посвящена опыту лечения тяжёлой черепно-мозговой травмы с внутричерепными гематомами за период с 2019 по 2021 г. в Андижанском филиале республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. У 101 пациента проведено комплексное обследование и лечение.

Ключевые слова: тяжёлая черепно-мозговая травма, гематома, лечение.

Relevance: Intracranial hematomas are one of the main causes of death in severe traumatic brain injuries. These formidable complications require urgent measures to eliminate them.

Material and methods: the study is based on the analysis of 101 patients, for the period from 2019 to 2021, who underwent a comprehensive examination and treatment at the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (AFRSC EMC). This analysis included patients who underwent a full dynamic MSCT study, starting from the first day after injury. Statistical analysis was carried out using the main clinical, MSCT and MRI data (the volume of intracranial hematoma, the severity and extent of cerebral edema, the degree of displacement of the transparent septum). The patients were divided into three groups depending on the cause of brain compression: the first group included 46 victims with cerebral compression by intracerebral hematomas; the second group - 34 victims with compression of the brain by meningeal hematomas, which were accompanied by non-rough parenchymal lesions; the third group - 21 victims with compression of the brain by meningeal hematomas, which were accompanied by severe parenchymal lesions. With a volume of less than 30 ml, all patients were treated conservatively, and with a volume of more than 40 ml, only surgical treatment was carried out. In the case of the volume of the bruised focus from 30 to 40 ml, both surgical and conservative treatment was used.

Results: In intracerebral hematomas, autotrauma was the most common cause of injury (in one third of the victims). Their average age was the highest. The severity of their condition did not differ significantly from the severity of the condition of patients in the second group ($t=1.6$; $p>0.05$). The average volume of hematomas and the displacement of median structures were the smallest in this group of patients.

The second group was characterized by the youngest age and less severe condition of patients upon admission. The period of unconsciousness was shorter. A detailed examination of the cause of traumatic brain injury in this group failed to reveal the predominance of any mechanism of injury. The mean volume of meningeal hematomas was twice that of intracerebral hematomas. The displacement of the median structures is more pronounced - 3.6 mm.

The third group was characterized by a more severe condition, the duration of the unconscious state was the greatest with this type of brain compression. The severity of the injury in this group of patients was also indicated by the maximum total volume of intracranial hematomas, and, accordingly, the

maximum displacement of the median structures.

An analysis of the dynamics of depression of the level of consciousness revealed that in one third of patients, an unconscious state occurred after a "lucid interval". Most often, a light gap was observed among patients of the second and third groups (42%). At the same time, it was the most typical for shell hematomas. Along with the lucid interval, the main neurological symptoms were analyzed separately in all patients who had a lucid interval, regardless of the etiology of brain compression.

Clinical and computed tomography comparisons revealed a close relationship between coma duration and outcomes for all patients with brain compression ($r=0.6$; $p<0.01$). Outcomes in these patients significantly correlated with the severity of the condition at admission ($r=0.5$; $p<0.01$), the volume of intracranial hematoma ($r=0.3$; $p<0.05$), the severity of brain swelling ($r=0.4$; $p<0.01$), the degree of compression of the base cisterns ($r=0.3$; $p<0.05$), the degree of displacement of the median structures ($r=0.2$; $p<0.05$). When determining the same patterns in patients with a light interval, strong correlations of outcomes with the volume of hematoma, the severity of cerebral edema, the degree of displacement of the median structures and the degree of compression of the base cisterns were revealed ($p<0.05$). In patients who lost consciousness immediately after injury, these correlations were weakly expressed and not significant ($p>0.05$). This indicates that in patients with a light interval, in whom the primary injury was less severe, the further course of the disease depends on the development of secondary damaging factors of the brain - an increase in the volume of the hematoma, an increase in cerebral edema and, accordingly, an increase in brain displacement.

Patterns of brain compression in patients of different ages differed. Based on the correlation analysis, it was found that the outcomes in patients under 40 years of age ($n=146$) significantly depended on the volume of the compressive substrate ($r=0.3$; $p<0.01$), the prevalence of cerebral edema ($r=0.5$; $p<0.01$), degree of compression of the ventricular system ($r=0.3$; $p<0.01$) and base cisterns ($r=0.3$; $P<0.01$). Whereas at the age of over 40 years ($n=56$), the outcomes of injury did not correlate with these indicators. This indicates that in patients under 40 years of age, there are more rigid volumetric ratios in the cranial cavity, the violation of which, due to additional volume and compression of the brain, has a more pronounced effect on the outcome of injury.

The severity of the injury, which was assessed by the Glasgow Coma Scale at admission, had a significant effect on outcomes. Outcomes in patients

admitted in a soporous or comatose state ($n=124$) correlated only with the severity of concomitant cerebral edema ($r=0.3$; $p<0.01$). Outcomes in patients admitted in a state of stunning ($n=72$) correlated with the volume of intracranial hematoma ($r=0.3$; $p<0.01$) and the severity of cerebral edema ($r=0.3$; $p<0.01$). Therefore, in stunned patients, hematoma volume and associated cerebral edema have the most important prognostic value.

A high degree of correlation was found between the duration of the coma and outcomes for all patients. In patients with a coma duration of up to 3 days inclusive ($n=120$), the outcomes of injury correlated with the volume of intracranial hematomas ($r=0.2$; $p<0.05$), the prevalence of cerebral edema ($r=0.3$; $p<0.01$). In patients with a coma duration of more than 3 days ($n=76$), outcomes correlated only with the prevalence of concomitant cerebral edema ($r=0.3$; $p<0.01$). The data obtained indicate that in the case of a rapid exit from the unconscious state, the outcomes are closely related to the volume of the hematoma. However, if decompensation has occurred and the coma continues for more than 3 days, then the outcomes already depend on the severity of secondary damaging ones.

The volume of intracranial hematoma has a significant effect on outcomes in the entire group of patients. With an intracranial hematoma volume over 30 mm³ ($n=109$), the outcomes depended on the severity of concomitant cerebral edema ($r=0.3$; $p<0.01$), on the degree of compression of the ventricular system ($r=0.2$; $p<0.05$), base cisterns ($r=0.2$; $p<0.05$), massive blood loss. With a volume of up to 30 mm³ ($n=87$), the outcomes did not depend on these indicators.

The prevalence of cerebral edema was significantly correlated with outcomes in the whole group. When edema spread perifocally or within one lobe ($n=122$), the outcomes were closely related to the volume of intracranial mass ($r=0.2$; $p<0.05$). In the case of edema spreading to one hemisphere or its generalization ($n=74$), there was no correlation between computed tomography parameters and outcomes.

Conclusions: with an intracranial hematoma up to 30 ml, the existing compensatory possibilities of the CSF spaces have not yet been exhausted, and such indicators as displacement, compression of the ventricles and cisterns of the base do not correlate with outcomes. With a hematoma volume of more than 30 ml, the compensatory possibilities of the cerebrospinal fluid spaces are depleted, and the degree of compression of the ventricular system and base cisterns affects the outcomes. When cerebral edema spreads perifocally or within a lobe of the brain, the volume of intracranial hematoma affects the

outcomes, however, in the case of generalized cerebral edema, the volume of the hematoma, the degree of compression of the ventricular system and base cisterns do not affect the outcome of injury.

Literature:

1. Monteiro E. et al. Neurocritical care management supported by multimodal brain monitoring after acute brain injury //Critical Care Science. – 2023. – T. 35. – C. 196-202.
2. Parikh S., Koch M., Narayan R. K. Traumatic brain injury //International anesthesiology clinics. – 2007. – T. 45. – №. 3. – C. 119-135.
3. Silva N. A. et al. Outcomes following surgical intervention for acute hemorrhage in severe traumatic brain injury: a review of the National Trauma Data Bank //Journal of Neurosurgery. – 2023. – T. 1. – №. aop. – C. 1-8.
4. van Essen T. A. Comparative effectiveness of surgery for traumatic acute subdural hematoma : дис. – Leiden University, 2023.
5. Wettervik T. S. et al. Intracranial lesion features in moderate-to-severe traumatic brain injury: relation to neurointensive care variables and clinical outcome //Acta neurochirurgica.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Р.А. Хакимова¹, Г. Абдурахманова²

Андижанский государственный медицинский институт¹

Андижанский областной центр фтизиатрии и пульмонологии²

Аннотация.

В исследование включено 28 пациенток, которые получали лечение у гинекологов по поводу первичного бесплодия. Возраст женщин в нашем наблюдении составил от 21 до 40 лет, наибольшую группу составили женщины в возрасте 21-30 лет - 23 пациентки, причем 20 из них жительницы города. При лапароскопии установлены следующие клинические формы: туберкулезный сальпингоофарит - у 16 пациенток, туберкулезный эндометрит - у 9; туберкулезный сальпингит - 3. Причем у 19 пациенток наблюдались сочетанные процессы у 14 туберкулез гениталий в сочетании с туберкулёзом мочевыделительной системы у 5 сочетание с абдоминальным туберкулезом. У женщин с туберкулезом гениталий при лапароскопии выявлено: спаечный процесс маточных труб - у 24 пациенток, бугорковые высыпания на брюшине, матке, маточных трубах, мочевом пузыре у 16 пациенток. Проведение лапароскопии у женщин с бесплодием позволяет получить материал для гистологического, бактериологического и ПЦР исследования в целях подтверждения диагноза туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез гениталий, репродуктивный возраст, бесплодие.

BIRLAMCHI BEPUSHTLIK BO'LGAN REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA JINSIY A'ZOLAR SILI DIAGNOSTIKASIDA LAPARASKOPIYANING AHAMIYATI

R.A. Xakimova¹, G. Abduraxmanova²

Andijon davlat tibbiyot instituti¹

Andijon viloyat ftiziatriya va pulmonologiya markazi²

Annotatsiya:

Tadqiqotga ginekologlar tomonidan birlamchi bepushtlik bilan davolangan 28 bemor kiritilgan. Bizning kuzatuvimizdagi ayollarning yoshi 21 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan, eng katta guruh 21-30 yoshdagi ayollardan iborat edi - 23 bemor va ulardan 20 nafari shahar aholisi edi. Laparoskopiya quyidagi klinik shakllarni aniqladi: tuberkulyoz salpingoofarit - 16 bemorda, tuberkulyoz endometrit - 9da; tuberkulyozli salpingit - 3. Bundan tashqari, 19 bemorda jarayonlar birlashtirilgan, 14 bemorda

siydik tizimining sil kasalligi bilan birgalikda genital tuberkulezi, 5 bemorda qorin tuberkulyozi birgalikda jarayon kechgan. Jinsiy tuberkulyozli ayollarda laparoskopiya aniqlandi: bachadon naychalarining yopishishi - 24 bemorda qorin parda, bachadon, bachadon naylari, siydik pufagida tuberkulyozga hos toshmalar- 16 bemorda. Bepushtlik aniqlangan ayollarda laparoskopiya tuberkulyozni tashxisini tasdiqlash gistologik tekshiruviga, bakteriologik va PZR tadqiqotlari uchun material olishni imkonini beradi.

Kalit so'zlar: jinsiy a'zolar sili, reproduktiv yosh, bepushtlik.

SIGNIFICANCE OF LAPAROSCOPY IN THE DIAGNOSTICS OF GENITAL TUBERCULOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH PRIMARY INFERTILITY

R.A. Khakimova¹, G. Abdurakhmanova²

Andijan State Medical Institute¹

Andijan Regional Center for Phthisiology and Pulmonology²

Abstract.

The study included 28 patients who were treated by gynecologists for primary infertility. The age of women in our observation ranged from 21 to 40 years, the largest group consisted of women aged 21-30 years - 23 patients, and 20 of them were residents of the city. Laparoscopy revealed the following clinical forms: tuberculous salpingo-oophoritis in 16 patients, tuberculous endometritis in 9; tuberculous salpingitis - 3. Moreover, in 19 patients, combined processes were observed; in 14, tuberculosis of the genitals in combination with tuberculosis of the urinary system; in 5, a combination with abdominal tuberculosis. In women with tuberculosis of the genitals, laparoscopy revealed: adhesions of the fallopian tubes - in 24 patients, tuberculous rashes on the peritoneum, uterus, fallopian tubes, and bladder in 16 patients. Laparoscopy in women with infertility allows obtaining material for histological, bacteriological and PCR studies in order to confirm the diagnosis of tuberculosis.

Key words: Tuberculosis of the genitals, reproductive age, infertility.

Актуальность. Со времен Гиппократa, взаимоотношение туберкулеза и беременности является предметом внимания и противоречивых мнений.

Почти за 3000 лет до нашей эры в своде законов Вавилона (Кодекс Хамурапи) было закреплено право на развод с больной женой, у которой имелись симптомы легочного туберкулеза.

Существующий в недавнем прошлом крайне пессимистический взгляд на проблему материнства у больных туберкулезом нашел свое выражение в известном изречении: «Туберкулезная девушка не должна выходить замуж, женщина не должна беременеть, беременная не должна

рожать, а родившая, не должна кормить грудью» (А.Г. Хоменко).

Туберкулез мочевых и половых органов — частая локализация внелегочных поражений при туберкулезе (20–40% всех форм внелегочного туберкулеза). Заболевание является вторичным и возникает в результате гематогенной или лимфогенной диссеминации МБТ из первичного очага любой локализации. Болеют чаще женщины в возрасте 20–40 лет и в постменопаузальном периоде.

Поскольку туберкулез гениталий нередко приводит к развитию бесплодия, то становится понятным, актуальность этой проблемы среди молодоженов. Стертость клинического течения данной патологии является часто поводом к длительному и безрезультатному лечению первичного бесплодия. После такого лечения нередко наблюдается активация специфического процесса в органах гениталий, что также распознается очень поздно, часто при возникновении осложнений. Немаловажную роль в своевременной и ранней диагностики туберкулеза гениталий является формирование настороженности гинекологов в отношении этиологии возникшего бесплодия.

Целью исследования явилось: изучение распространения туберкулеза гениталий у женщин репродуктивного возраста в Андиганской области и значение лапароскопии в диагностики туберкулеза гениталий у женщин с первичным бесплодием.

Материалы и методы исследования: В исследование включено 28 пациенток, получавших лечение в Андиганском областном центре фтизиатрии и пульмонологии, в урогенитальном отделении. Пациенткам кроме рутинных методов исследования: общий анализ крови, мочи, отделяемого из свищей, выделений из влагалища методом бактериоскопии (прямая, и люминесцентная микроскопия), УЗИ исследование, а также проведено 25 пациенткам мало инвазивную лапароскопию с проведением биопсии, взятие жидкости из брюшной полости. Бактериологический - культуральный метод, посев исследуемого материала на питательные среды с применением современного, ускоренного метода культурального исследования BACTEC MGIT 960, Применение молекулярно-генетического метода –ПЦР в реальном времени GeneXpert Rif, позволяющий не только обнаружить ДНК микобактерии, но и определить наличие лекарственной устойчивости к рифампицину.

Результаты исследования и их обсуждение: в данное исследование

включено 28 пациенток, получавших лечение в центре фтизиатрии и пульмонологии Андижанской области, в урогенитальном отделении в течение года. Возраст женщин в нашем наблюдении составил от 21 до 40 лет, наибольшую группу составили женщины в возрасте 21-30 лет- 23 пациентки, причем 20 из них жительницы города. 19 наших пациентов наблюдались у гинекологов по поводу бесплодия сроки установления данного диагноза составил самый ранний 1,5 года - максимальный 5 лет после замужества. Все 19 пациенток получали регулярное лечение у гинеколога.

Распределение по клиническим формам:

туберкулезный сальпингоофарит- у 16 пациенток, туберкулезный эндометрит- у 9; туберкулезный сальпингит- 3. Причем у 19 пациентов наблюдались сочетанные процессы у 14 туберкулез гениталий в сочетании с туберкулёзом мочевыделительной системы у 5 сочетание с абдоминальным туберкулезом.

У женщин с туберкулезом гениталий при лапароскопии выявлено: спаечный процесс маточных труб - у 24 пациенток, бугорковые высыпания на брюшине, матке, маточных трубах, мочевом пузыре у 16 пациенток.



Рисунок 1. Бугорковые высыпания на маточных трубах (лапароскопия)

Изменения структуры маточных труб, наблюдалось у 19 пациенток. Именно сочетание таких изменений позволили гинекологам заподозрить туберкулезную этиологию первичного бесплодия. Кроме того нередко случаи выявления асцита в брюшной полости, туовариальные абсцессы у 8 пациенток.

Клиника генитального туберкулеза эфимерна, не имеет характерных для туберкулеза симптомов, в основном это симптомы характерные для хронических неспецифических воспалительных заболеваний. Это в основном: эмоциональная лабильность, снижение трудоспособности, вечерами незначительный подъем температуры, снижение массы тела, нарушение менструального цикла. Такая симптоматика не вызывает подозрений на туберкулез со стороны гинекологов, в результате чего наблюдалось прогрессирование и большинство исследованных заболевание установлено при генерализации или возникновении осложнений. В нашем исследовании 25 пациенток выявлены при проведении лапароскопии, когда обнаруживали бугорковые высыпания на маточных трубах, яичниках и самой матке.

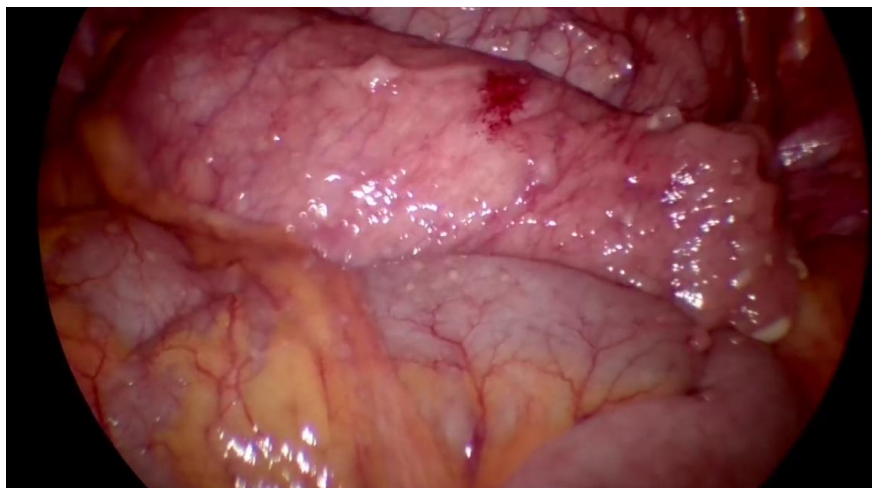


Рисунок 2. Милиарный туберкулез органов брюшной полости, у пациентки с первичным бесплодием (лапароскопия).

Длительное лечение, хирургические вмешательства и даже у 4 пациенток Проведенное ЭКО не увенчались успехом. множественные попытки терапии, в том числе хирургической коррекции, не привели к возникновению беременности, а у некоторых проведенная процедура ЭКО также была безуспешной.

Заключение. Таким образом, диагностика туберкулеза гениталий у женщин репродуктивного возраста при первичном бесплодии является актуальной медицинской и социальной проблемой. Сочетание юесплодия наряду с туберкулезом в настоящее время являются чрезвычайно актуальными как медицинскими, так и социальными проблемами.

Применение лапароскопии в диагностике туберкулеза у женщин с

первичным бесплодием играет большую роль, а также дает возможность получения материала для бактериологического и молекулярно-генетического исследований, в целях проведения дифференциальной диагностики.

Список использованной литературы:

1. Гинекология. Национальное руководство. [Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухиной]. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015: 690 с. 9.
2. Каюкова С.И. Туберкулез женских половых органов - трудности диагностики редкой формы внелегочного туберкулеза. Современные проблемы науки и образования. 2012; 1:43-9.
3. Клинышкова Т.В., Яковлева А.А. Женское бесплодие, ассоциированное с генитальным туберкулезом// Акушерство, гинекология, репродукция., 2018, том 12, № 1, с. 75- 84.
4. Краснопольская К.В. Бесплодный брак.Общая концепция бесплодного брака. В кн.: Гинекология. Национальное руководство [Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухиной]. М.: ГЭОТАР-Медиа. 11 2015: 310-31.
5. Мушкин А.Ю., Белиловский Е.М., Першин Е.М. Внелегочный туберкулез в Российской Федерации: сопоставление некоторых официальных данных и результатов анкетного скрининга. Медицинский альянс. 2013; 1: 80-5.
6. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению урогенитального туберкулеза. URL: http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/rec5.pdf. [Дата доступа: 23.03.2018].
7. Фтизиатрия. Национальное руководство [Под ред. М.И. Перельмана]. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013: 504 с

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ЖИЛИЩНЫХ УСЛОВИЙ НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Р.А. Хакимова

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация.

У контактных лиц, проживающих в очагах с лекарственной устойчивостью наиболее часто заболевают дети младше 12 лет, 71,6% - являлись жителями села, у 47(43,1%) - семья была многочисленной, условия жизни больных, имеющих контакт с родителями - были оценены как неудовлетворительные: дом малой площадью - у 69 (63,3%) с плохо отапливаемые и освещенными комнатами, 84 (77%) - контактных проживали в одной комнате с больным родителем, гигиенические правила соблюдались плохо, изоляция детей из очагов также была низкой, госпитализация в санаторий остается очень низким особенно в группе детей 8 лет и младше, выявляются большинство контактов в процессе дифференциальной диагностики с неспецифическими заболеваниями, по поводу которых дети и подростки неоднократно получают стационарное лечение, что является социально опасным в плане распространения лекарственно- устойчивого туберкулеза. Пик заболевания контактов в очагах приходится на срок год или полтора от момента выявления основного источника.

Ключевые слова: туберкулёз, жилищные условия, лекарственная устойчивость.

SIL INFEKTSION O'CHOQLARIDA SIL KASALLIGI RIVOJLANISHIGA UY-JOY SHAROITLARI OMILLARINI TA'SIRI

R.A. Hakimova

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya.

Doriga chidamli tuberkulyoz o'choqlarda yashovchi kontaktda bo'lganlar orasida 12 yoshgacha bo'lgan bolalar ko'pincha kasal bo'lishi aniqlandi, shulardan 71,6% qishloq aholisi tashkil etdi, 47 (43,1%) kassal bo'lganlarni katta oiladan, ota-onalari bilan aloqada bo'lgan bemorlarning yashash sharoitlari qoniqarsiz deb baholandi: kichik uy - 69 (63,3%) yomon isitiladigan va yoritilgan xonalar bilan, 84 (77%) aloqada bo'lgan shaxslar kasal ota-onasi bilan bir xonada yashagan, gigiena qoidalari yomon rioya qilishgan, bolalarni o'choqlardan ajratish ham past bo'lgan, shularni sog'lomlashtirish maqsadida ixtisoslashtirilgan sanatoriyga va bog'chalarga yotqizish juda past, ayniqsa 8 yoshli bolalar va undan yoshroq guruhida, aksariyat bemorlar nospetsifik kasalliklar bilan differentsial diagnostika jarayonida aniqlangan, ushbu bolalar va o'smirlar bir necha bor statsionar davolanadilar, bu dori-

darmonlarga chidamli tuberkulyozning tarqalishi nuqtai nazaridan ijtimoiy xavflidir. Infektsiya o'chog'ida yashayotgan kontaktlar kasallanish eng cho'qqisi asosiy manba aniqlangan paytdan boshlab bir yil yoki bir yarim yil davomida sodir bo'ladi.

Kalit so'zlar: sil kasalligi, turar joy sharoiti, dori-darmonlarga chidamlilik.

INFLUENCE OF FACTORS OF HOUSING CONDITIONS ON THE DEVELOPMENT OF TUBERCULOSIS IN FOCI OF TB INFECTION

R.A. Khakimova

Andijan State Medical Institute

Abstract.

In contact persons living in drug-resistant foci, children under 12 years of age most often fall ill, 71.6% were villagers, 47 (43.1%) had a large family, the living conditions of patients who had contact with parents were rated as unsatisfactory: a house with a small area - 69 (63.3%) with poorly heated and lit rooms, 84 (77%) - contacts lived in the same room with a sick parent, hygiene rules were poorly observed, isolation of children from the outbreaks was also low, hospitalization in a sanatorium remains very low, especially in the group of children aged 8 years and younger, the majority of contacts in the process of differential diagnosis with non-specific diseases are identified, for which children and adolescents repeatedly receive inpatient treatment, which is socially dangerous in terms of the spread of drug-resistant tuberculosis. The peak of contact disease in the foci falls on a period of a year or a half from the moment the main source is identified.

Key words: tuberculosis, housing conditions, drug resistance.

Актуальность: несмотря на значительное улучшение основных эпидемиологических показателей туберкулеза в Республике Узбекистан, проблема предупреждения возникновения туберкулеза у контактных лиц, особенно у детей, является злободневной и в настоящее время. Многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов [1-5] заболеваемость детей в очагах в десятки раз превышает эти показатели в целом в популяции, причем более половины из заболевших выявляются в очагах с бактериовыделением. Однако мало источников изучавших влияние условий проживания на возникновение туберкулеза.

Целью исследования явилось: изучить заболевания в очагах туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, проживающих в различных жилищных условиях.

Материалы и методы исследования : в разработку включены 109 пациентов с множественной лекарственной устойчивостью. У данных

пациентов множественная лекарственная устойчивость выявлена методом ПЦР в реальном времени на аппарате GeneXpertRif.

Результаты исследования и их обсуждение: из 109 пациентов с множественной лекарственной устойчивостью - 96 имели контакт с больными туберкулезом.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: лиц женского пола было 41; мужской пол- 55 . Наибольший процент случаев заболевших контактов приходится на возраст от 12 лет и младше, наибольшее количество детей были в возрасте от 5 до 8 лет. Изучение анамнеза данных контактов наиболее часто выявлен контакт с родителями- у 54 пациентов(56,3%).

Изучение анамнеза жизни пациентов выявило, что 78 (71,6%)- являлись жителями села, у 47(43,1%) - семья была многочисленной, условия жизни, больных, имеющих контакт с родителями - были оценены как неудовлетворительные: дом малой площадью- у 69 (63,3%) с плохо отапливаемые и освещенными комнатами, 84(77%)- контактных проживали в одной комнате с больным родителем, гигиенические правила соблюдались плохо, изоляция детей из очагов также была низкой.

К великому сожалению, что на период лечения родителей, ни один ребенок из 30 не был госпитализирован в специализированный санаторий для профилактики возникновения заболевания. В группе 15- 13 летних из 17 только 3 находились в санатории ; 12-9 лет- 21 только 8 человек получили полноценное лечение в санатории. Среди множества факторов отказа от санаторного лечения более 70% пациентов указывали на отдаленность санатория. Это связано тем, что большинство заболевших контактных детей являлись жителями отдаленных от санатория районов области. В меньшей степени отказ был связан с малым возрастом ребенка (5-7 лет), хотя в этом возрасте ребенок может находиться вдали от родителей. Отсутствие разъяснительной работы со стороны фтизиопедиатров и педиатров района часто наблюдались отказы или ранние выписки из санатория. А в некоторых случаях во время беседы с больными родителями выяснено, что педиатры района вообще не предлагали санаторное лечение. Таким образом, отсутствие полноценной изоляции контактов из лекарственно- устойчивых очагов, неполноценное или полное отсутствие мероприятий по повышению иммунных защитных сил организма приводило к формированию лекарственно- устойчивых форм туберкулеза у контактных детей и подростков.

По клиническим формам у подростков и взрослых превалировал инфильтративный туберкулез, причем у выявлен распад паренхимы легкого. У детей ведущей клинической формой был туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - преимущественно инфильтративная и опухолевидная форма, у 4 детей выявлено осложнение в виде экссудативного плеврита. У 16 детей диагностирован первичный туберкулезный комплекс. У 6 пациентов установлен диссеминированный туберкулез и поражение периферических лимфатических узлов.

Изучения методов выявления туберкулеза у контактных детей установило, что основная масса выявлена после появления бронхо-легочной симптоматики, безуспешного лечения в стационаре по поводу воспалительных неспецифических заболеваний бронхов и легких. Всего у 19 контактных лиц после выявления родственников была поставлена проба Манту с 2 ТЕ, при положительных и гиперергических ответных реакциях проведен Диаскин тест, который также дал положительные результаты.

В целях дифференциальной диагностики с неспецифическими заболеваниями бронхо- легочной системы со схожей рентгенологической картиной, при отрицательной пробе Манту у 26 детей и подростков именно Диаскинтест и в последующем исследование мокроты методом ПЦР в реальном времени установил у них лекарственно устойчивый туберкулез.

Выводы: Таким образом, контактные дети и подростки из лекарственно устойчивых очагов - 78 являются жителями села, у 47(43,1%) - семья была многочисленной, условия жизни, больных, имеющих контакт с родителями - были оценены как неудовлетворительные: дом малой площадью- у 69 (63,3%) с плохо отапливаемые и освещенными комнатами, 84(77%)- контактных проживали в одной комнате с больным родителем, гигиенические правила соблюдались плохо, изоляция детей из очагов также была низкой. Изучение сроков выявления туберкулеза у контактов из лекарственно устойчивых очагов выявило, что меньше всего выявляются случаи заболевания при выявлении пациента с лекарственно устойчивым туберкулезом и в основном при флюорографическом исследовании всего у 4 пациентов, это лица в возрасте 20- 30 лет. Наибольшее количество заболевших приходится на год и 1, 5 года- 65 случаев из 96. Это говорит о том, что к этому времени, основной источник уже абацilliрован, выписан на амбулаторное лечение.

Выводы: Таким образом у контактных лиц, проживающих в очагах с лекарственной устойчивостью наиболее часто заболевают дети младше 12 лет, превалируют локальные формы первичного туберкулеза, профилактические мероприятия по изоляции и оздоровлению очагов, госпитализация в санаторий остается очень низким особенно в группе детей 8 лет и младше, выявляются большинство контактов в процессе дифференциальной диагностики с неспецифическими заболеваниями, по поводу которых дети и подростки неоднократно получают стационарное лечение, что является социально опасным в плане распространения лекарственно- устойчивого туберкулеза. Пик заболевания контактов в очагах приходится на срок год или полтора от момента выявления основного источника.

Использованная литература:

1. Абсадыкова Ф.Т., Мухтермова В.Н. Оптимизация химиопрофилактики туберкулеза у детей из очагов лекарственно- устойчивого туберкулеза легких// Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии: материалы Республиканской научно- практической конференции.- Ташкент,- 2012.- с. 125- 127
2. Аксенова В.А., Барышникова Л.А. Туберкулез у детей в России и задачи фтизиатрической службы по профилактике и раннему выявлению заболевания// Туберкулез и болезни легких- 2014.-Т.91,№ 3.- с. 40- 46
3. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Кавтарашвили С.М. Очаг туберкулезной инфекции как риск развития у детей туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью// Туберкулез и болезни легких- 2018.- Т.96,№ 1.-с.11- 17.
4. Аксенова В.А., Барышникова Л.А., Н.А. Бармина, Е.М. Белиловский// МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО «Профилактическая работа среди детей в очагах туберкулёзной инфекции»М., 2023, 64 с
5. Богородская Е.М., Оганезова Г.С., Ноздреватых И.В. Организация и проведение противоэпидемической работы в очагах туберкулезной инфекции // Туберкулёз и социально значимые заболевания - 2023. – Т. 11 – № 1 (41), с.50- 59
6. А. Л. Ванюков, А. В. Мордык, Е. А. Цыганкова, // Социально-эпидемиологические и клинические особенности туберкулеза у детей раннего возраста // Новости медицины инфекционных болезней //

<https://www.skarpil.ru/novosti-mediciny/infekcionnye-bolezni/3698-lekarstvenno-ustoychivyy-tuberkulez.html>// 2018.

7. Шарапова Г.Ш., Заболеваемость среди детей, находящихся в контакте с больными туберкулезом //Молодой ученый- 2018.-№ 10, 1(196.1)-с. 59- 61

АНДИЖОН ШАҲАР ВА АНДИЖОН ТУМАНИ МИҚЁСИДА СУТ БЕЗИ САРАТОНИ ВА САРАТОН ОЛДИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ МАҚСАДИДА ЎТКАЗИЛГАН КОМПЛЕКС ПРОФИЛАКТИК ЧОРА- ТАДБИРЛАР НАТИЖАЛАРИНИНГ ЯКУНИЙ ТАҲЛИЛИ

Д.А. Урманбаева, Д.З. Мамарасулова, А.Ф. Валидова, В.Г. Горумов

Андижон давлат тиббиёт институти

Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий
тиббиёт маркази Андижон вилояти филиали

Аннотация.

Ушбу мақолада бугунги кунда ЖССТ ва Европа ассоциацияси маълумотларига кўра онкологик касалликлар структурасида биринчи ўринни эгаллаган ва аёллар ногиронлиги ва бевақт ўлимининг асосий сабабларидан бири ҳисобланган сут бези саратонининг (СБС) учраш частотаси ва тарқалганлиги ҳамда Андижон тумани ва Андижон шаҳар аёллар популяцияси орасида ўтказилган сут бези саратони скрининги нат ижалари таҳлил қилинди.

Калит сўзлар: сут бези саратони, профилактика, эрта ташхислаш, ультратовуш текшируви, сут бези объектив кўруви, сут бези саратон олди касалликлари.

FINAL ANALYSIS OF COMPLEX PREVENTIVE MEASURES RESULTS CONDUCTED FOR EARLY DETECTION OF BREAST CANCER AND PRE-CANCER DISEASES ON THE LEVEL OF ANDIJAN CITY AND ANDIJAN DISTRICT

D.A. Urmanbayeva, D.Z. Mamarasulova, A.F. Validova, V.G. Gorumov

Andijan State Medical Institute

Andijan regional branch of Republican specialized scientific-practical
medical Center of oncology and radiology

Abstracts.

In this article, the frequency and prevalence of mammary gland cancer (RMG), which according to the WHO and the European Association is the leading oncological structural disease and one of the main causes of disability and premature death in women, as well as the analysis of the results of breast cancer screening among the female population of the Andijan region and Andijan city.

Key words: Breast cancer, prevention, early diagnostics, ultrasound diagnostics, objective

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ГОРОДА АНДИЖАНА И АНДИЖАНСКОГО РАЙОНА

Д.А. Урманбаева, Д.З. Мамарасулова, А.Ф. Валидова, В. Г. Горумов

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал Республиканского научно-практического медицинского
центра онкологии и радиологии

Аннотация

В данной статье рассмотрены частота и распространенность рака молочной железы (РМЖ), который по данным ВОЗ и Европейской ассоциации является ведущей онкологической структурой заболеваний и одной из основных причин инвалидности и преждевременной смерти женщин, а также проанализированы результаты скрининга рака молочной железы среди женского населения Андижанского района и г. Андижана.

Ключевые слова: Рак молочной железы, профилактика, ранняя диагностика, ультразвуковое исследование, объективное исследование молочной железы, предраковое заболевание молочной железы.

Кириш. Тадқиқот мобайнида яшаб турган ҳудудимиз ижтимоий ва иқтисодий имкониятидан келиб чиққан ҳолда сут беги саратонини эрта аниқлаш пилот дастури борасида олиб борилган профилактик чора-тадбирлар натижалари икки туман миқёсида қийсий баҳоланди. Тадқиқотнинг объекти сифатида 2017-2020 йиллар мобайнида Андижон тумани ва Андижон шаҳрининг аёллар популяциясида скрининг ўтказилган 2181 нафар соғлом аёллар олинган.

Долзарблиги: Ҳозирги вақтда сут беги саратони бошқа хавфли ўсмалар билан таққосланганда аёллар ўлимига энг кўп сабаб бўлувчи нозологик бирлик деб кўрсатилади ва ХЎ касалликлари структурасида биринчи ўринни эгаллайди. Сўнгги йиллардаги статистик маълумотларда сут беги саратонидан касалланиш ва ўлимнинг тез ўсиб бораётганлигини кўриш мумкин [23]. Шунингдек СБС Андижон вилояти аёлларида кузатилган

онкологик касалликлар структурасида ҳам муқим биринчи ўринни эгаллаб келмоқда. Ёшга нисбатан таҳлилларда ҳам барча ёш тоифаларида ушбу патологиянинг барқарор ўсишини кузатамиз. Фақатгина эрта ташхислаш ва ўз вақтида даволашни такомиллаштириш билан сут беzi саратонининг минимал инвазив ёки ноинвазив шакллари аниқланган беморлар тоифасида узоқ муддатли ремиссияга эришиш мумкин. Аммо, бир қанча олиб борилган профилактик тадбирларга қарамай, бахтга қарши бугунги кунда ҳам СБС сўнги босқичларда аниқланмоқда ва бу муаммонинг долзарблиги сақланиб турибди.

СБС дан ўлимнинг камайишидаги асосий йўналиш сифатида касалликни эрта босқичда аниқлаш ва консерватив даволаш самарадорлигини ошириш ҳисобланади. Ҳар хил кимёвий ва физикавий канцероген агентларнинг инсонларга таъсирини камайтириш ёки улар ҳақида аҳолини тўлиқ огоҳлантириш йўллари орқали саратон пайдо бўлишининг олдини олиш мумкин. Саратон касаллиги тўсатдан пайдо бўлиб қолмай, балки, саратонолди ўзгаришларнинг охириги занжири бўлиб, уларни ўсмаолди ёки саратонолди деб аташ мумкин. Касалликни ўз вақтида аниқлаш (имкон қадар эрта босқичда), уларни рационал ва тўлиқ даволаш саратонга ўтишининг олдини олиш усули ҳисобланади, яъни, хавфли ўсмалар ривожланишининг олди олинади[29].

Замонавий профилактик клиник тадқиқотлар айрим камчиликларга эга. Улардан энг муҳими беморларни саралаб олиш ҳисобланади. СБС ривожланишининг юқори ҳавф гуруҳини аниқлаш учун фақат эпидемиологик омиллардан фойдаланилади. Саратон олди жараёни тўғридан тўғри ташхислаш ва уни даволаш самарадорлиги баҳоланмайди, эпидемиологик мезонлар асосида саралаб олинган беморларнинг бир қисми эса саратон олди ўзгаришлар кузатилмаганлиги сабабли профилактик давога умуман эҳтиёж сезмайди.

Шундай қилиб, сут беzi саратони профилактикаси соҳасида ютуқларга эришишда бу патологиянинг олдини олиш ҳамда эрта ташхислаш бўйича амалий дастур ва ишланмалар яратиш долзарб масала бўлиб қолмоқда.

Мазкур тадқиқот маълум даражада Ўзбекистон Республикаси Президентининг “2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисига онкологик ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш ва онкологик хизматни янада ривожлантириш бўйича чора-тадбирлар ҳақида ” ги 2017 йил 4 апрелдаги № ПП-2866 сонли, “ 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни

янада ривожлантириш бўйича чора-тадбирлар ҳақида” ги 2017 йил 20 июндаги № ПП-3071 –сонли Қарорлари, шунингдек шу соҳада қабул қилинган норматив-ҳуқуқий ҳужжатларда тасдиқланган вазифаларни бажаришга хизмат қилади.

Тадқиқотнинг материаллари ва усуллари: Тадқиқот мобайнида Андижон вилояти бирлмчи бўғин патронаж ходимлари етакчи маммоллар ва Андижон давлат тиббиёт институти онкология ва тиббий радиология кафедраси профессор-ўқитувчилари томонидан яратилган сут беи саратонини эрта аниқлаш пилот дастури асосида ўқитилди. Тадқиқот олдига қўйилган вазифаларни бажариш учун Ўқув жараёни билан бирвақтнинг ўзида патронаж ҳамширалар иштирокида тасодифий танлов асосида 2181 нафар(1116 нафар Андижон шаҳар,1065 та Андижон тумани) аёллар скринига жалб этилди, улардан анкета маълумотлари олинди ва ўрганилди, анкета маълумотларига асосланган ҳолда сут беи саратон олди ва саратон патологиясини аниқлаш мақсадида текширувга жалб қилинди. Барча аёллар танланган объектда(Андижон шаҳар ва туман поликлиникалари) ҳамда РИО ва РИАТМ АВФ шароитида текширилди. Сўровномада иштирок этган контингентнинг барчаси сут безлари объектив кўруви ҳамда сут безлари ультратовуш текширувидан ўтказилди, маммография, трепан биопсия, сут беи ажралмалари цитологик текширувлари эса кўрсатма асосида ҳавф гуруҳига киритилган аёллар орасида амалга оширилди. Тадқиқот иштирокчиларини танлаш аҳоли зичлиги ва мазкур минтақада сут беи саратони жараёнининг эътиборсизлигига асосланди. Профилактик тадбирлар ўтказилганидан бир йилдан кейин унинг самарадорлиги баҳоланди (СБС учраш частотасининг ўзгариши).

Натижалар. Клиник тадқиқот объектига филиал ва кафедра мутахассислари томонидан ўтказилган профилактик кўрувга жалб қилинган, анкета саволларига жавоб берган 17-75 ёшдаги аёллар киритилган. Андижон шаҳрида истиқомат қилувчи анкета ва сут беи пальпатор текширувидан ўтказилган 1116 нафар аёлларнинг ультратовуш текширув хулосалари таҳлил натижасига кўра Андижон шаҳрида жами 1116 нафар аёлдан 581тасида (50,3%) сут беи турли паталогиялари аниқланган: Тугунли мастопатия 64 (5,7%), диффуз мастопатия 30 (2.68%), сут беи кистоз зарарланиши 95 (8,51%), фиброаденома 13 (1.16%), Минц касаллиги 13 (1,16%) ва ҳавфли ўсмага гумон 11 (0,98%) аниқланди ва стандарт текширув учун марказга юборилди(1-жадвал).

1-жадвал.

Андижон шаҳрида истиқомат қилувчи 1116 нафар аёллар контингентининг
сут безлари ультратовушли текшируви хулосалари

Ташхис	Текширув
Соғлом	535 (49,7%)
Фиброз-кистозли мастопатия	163(14,6%)
Фиброз мастопатияси	140(12,5%)
Тугунли мастопатия	64(5,7%)
Липома	12(1,07%)
Аденоз	8(0,71%)
Диффуз мастопатия	30(2,68%)
Сут беи кистаси	95(8,51%)
Лимфоаденопатия	26(2,32%)
СБ неоплазмасига гумон қилиш	11(0,98%)
Минц касаллиги	13(1,16%)
Фиброаденома	13(1,16%)
Галактоцелле	2(0,17%)
Фиброз-тугунли мастопатия	3(0,26%)
Атерома	1(0.089%)
Жами	1116(100%)

Андижон туманида эса бу кўрсаткичлар жами 1065 нафар аёлдан 530 тасида (49,8%) ни ташкил қилган. Юқоридаги жадвалда кўриниб турибдики, фақат профилактик мақсадда текширилган аёлларнинг ярмидан кўпида сут безларида турли патологик ҳолатлар аниқланди, улардан 130 таси (12,2%) фиброз мастопатия, 153 таси (14,3%) фиброз-кистоз мастопатия ва 54 нафари (5%) тугунли мастопатия, 10 тасида (0.93%) сут беи неоплазмасига гумон аниқланди.

УТТ да ва сўровнома асосида ўрта ва паст ҳавф гуруҳига киритилган 599(27,4%) нафар беморда онкологик марказ маммологлари томонидан консерватив ва жарроҳлик муолажалари олиб борилди.

**Андижон туманида истиқомат қилувчи 1065 нафар аёллар контингентининг
УТТ натижалари**

№	Ташхис	Андижон тумани бўйича						
		17-35	36-45	45-55	56-65	66-70	70 дан катта	Жами
1	Соғлом аёллар	106 (9,9%)	12 (1,12%)	121 (11,36%)	153 (14,3%)	93 (8,73%)	50 (4,69%)	535 (50,2%)
2	Фиброз кистоз мастопатия	18 (1,69%)	53 (4,97%)	17 (1,59%)	43 (4,03%)	12 (1,12%)	10 (0,93%)	153 (14,3%)
3	Фиброз мастопатия	29 (2,72%)	48 (4,5%)	30 (2,81%)	3 (0,28%)	5 (0,46%)	15 (1,40%)	130 (12,2%)
4	Тугунли мастопатия	4 (0,37%)	5 (0,46%)	6 (0,56%)	-	29 (2,72%)	10 (0,93%)	54 (5%)
5	Липома	6 (0,56%)	-	3 (0,28%)	-	-	3 (0,28%)	12 (1,1%)
6	Аденоз	7 (0,65%)	-	-	-	-	1 (0,09%)	8 (0,7%)
7	Диффуз мастопатия	3 (0,28%)	3 (0,28%)	4 (0,37%)	1 (0,09%)	3 (0,28%)	16 (1,50%)	30 (2,8%)
8	Сут беи кистаси	30 (2,81%)	14 (1,31%)	25 (2,34%)	-	12 (1,12%)	4 (0,37%)	85 (7,9%)
9	Лимфоаденопатия	6 (0,56%)	2 (0,18%)	-	-	12 (1,12%)	6 (0,56%)	26 (2,4%)
10	Сут беи ҳавфли ўсмаси	4 (0,37%)	4 (0,37%)	-	2 (0,18%)	-	-	10 (0,93%)
11	МИНЦ касаллиги	2 (0,18%)	-	-	-	-	1 (0,09%)	3 (0,28%)
12	Фиброаденома	-	2 (0,18%)	5 (0,46%)	2 (0,18%)	1 (0,09%)	3 (0,28%)	13 (1,2%)
13	Галактоцелле	-	-	1 (0,09%)	-	1 (0,09%)	-	2 (0,18%)
14	Фиброз тугунли мастопатия	-	-	-	-	3 (0,28%)	-	3 (0,28%)
15	Атерома	-	1 (0,09%)	-	-	-	-	1 (0,09%)
	Жами	215 (20,1%)	144 (13,5%)	212 (19,9%)	204 (19,1%)	171 (16%)	119 (11,1%)	1065 (100%)

Юқори ҳавф гуруҳига киритилган ва облигат рақ олди касаллиги аниқланган 512(23,4%) нафар аёллар маммографик текширувдан ўтказилди: Улардан 21 та-сут беи саратони(В-5). 114 таси тугунли

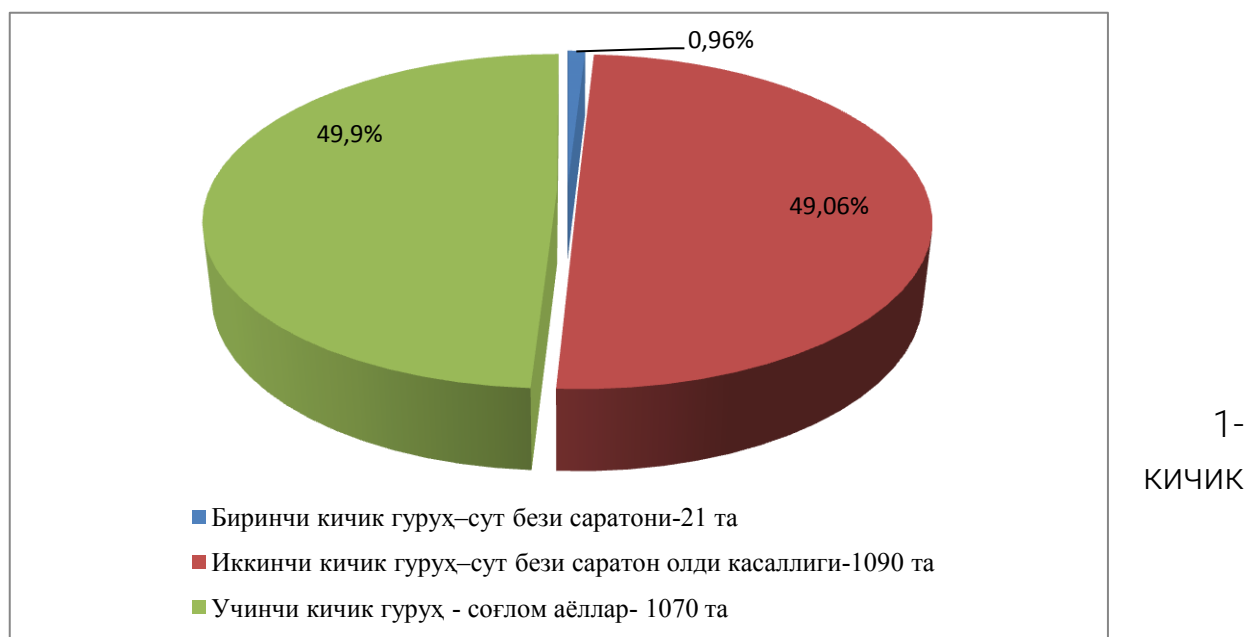
мастопатия, Минц касаллиги-14 та тасдиқланди.

Сут беи саратонига гумон қилинган ва 40 ёшдан катта аёллар сут безларидаги яхши сифатли ўсмани морфологик верификация қилиш учун гистологик текширув амалга оширилди.

Сут беи саратонига гумон қилинган ва 40 ёшдан катта аёллар сут безларидаги яхши сифатли ўсмалар, шунингдек, сут беи сўрғичи ажралмаси цитологик структурасини ўрганиш мақсадида цитологик текширув амалга оширилди.

Тадқиқотга киритилган шикоятсиз ва соғлом аёллар 2181 нафарни ташкил қилди. Тадқиқот натижаларига кўра аёллар 3 та кичик гуруҳга таснифланди: 1-кичик гуруҳ- сут беи саратони аниқланганлар 21 (0,96%);

2-кичик гуруҳ-сут беи рак олди касалликлари аниқланган аёллар 1090 (49,9%);3-кичик гуруҳ- соғломлар 1070(49,06%)ни ташкил қилди:



гуруҳга киритилган 21 нафар(100%) аёлларнинг 13 нафарида(61,9%) комплекс текширувлардан сўнг сут беи саратони 1-чи босқичи, қолган 8 нафарида(38,09%) эса 2-чи босқич тасдиқланди ва РИО ва РИАТМ Андижон филиалида химиотерапия, нур терапияси, жарроҳлик амалиётлари ўтказилди, шунингдек учламчи профилактика жараёни назоратга олинди. Бундан кўриниб турибдики, тадқиқотимиз жараёнида аниқланган сут беи саратони касаллиги эрта(1-2-) босқичларда аниқланиш кўрсаткичи -100 %.(3-жадвал.)

1-кичик гуруҳ контингентининг касалланиш
босқичи бўйича тақсимланиши:

СБС	Миқдори	
	Абс.	% ларда
1-босқич(эрта)	13	61,9%
2-босқич(эрта)	8	38,05%
Жами	21	100%

Саратон олди ва хавфсиз ўсма касалликлари аниқланган беморларга жарроҳлик амалиётлари ва фиброз кистоз мастопатия касалликлари аниқланган беморларга консерватив даво муолажалари ўтказилди.

3-кичик гуруҳ вакилларида скрининг ва профилактик кўрикларни ҳар йилда минимум 1 марта, ҳавф гуруҳларида эса – йилига камида 2 марта ўтказиш тавсия этилди.

Шу жумладан, тадқиқот жараёнида сут беzi хавфли ўсмаси аниқланган 21(100%) нафар аёллар ёш бўйича тақсимланганда аксарият 9 нафари(42,8%) 40 ёшдан кичик, яъни маммографик скринингга ёш структураси бўйича тўғри келмаганлиги туфайли жалб қилинмаган аёллар эканлиги, лекин ҳозирда СБС билан касалланиш ёшарганлигини инобатга олган ҳолда 17-35 ёшли аёллар популяциясини объектив кўрув ва УТТ скринингига жалб қилиш кераклигини таъкидлаб ўтиш лозим(4-жадвал).

1-кичик гуруҳ(СБС билан касалланган беморлар)
контингентининг ёш бўйича тақсимланиши

Ёшлар	Миқдори	
	Абс.	% ларда
40 ёшгача	9 та	42,8%
60 ёшгача	8 та	38,9%
60 ёшдан катта	4 та	19,4%
Жами	21	100%

3 йиллик сут беи саратони касаллиги босқичи қиёсий тавсифи.

Йиллар	2018 йил				2019 йил				2020 йил			
Босқич	Андижон шаҳар		Андижон туман		Андижон шаҳар		Андижон туман		Андижон шаҳар		Андижон туман	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I	-	-	-	-	3	4.6	1*	4.8	5*	7.5	2*	9.5
II	14	28.0	6	20.0	32	48.5	9	43.1	35	52.2	12	57.1
III	29	58.0	19	63.3	15	22.7	7*	33.3	24	35.8	5	23.8
IV	7	14.0	5	16.7	6	24.2	4	19.0	3**	4.5	2**	9.6
Жами	50	100.0	30	100.0	66	100.0	21	100.0	67	100.0	21	100.0

Ўтказилган тадқиқот натижалари қиёсий таҳлилини 2018-2020 йиллар мисолида кўриб чиқилди. 2018-2020 йилда Андижон шаҳар ва туман кесимида бирламчи аниқланган СБС босқичлар бўйича таҳлили касаллик эрта босқиларда аниқланиши сезиларли яхшиланганлигин кўрсатади. Масалан 2018 йилда Андижон шаҳрида бирламчи аниқланган 50 нафар бемордан биронтасида 1-босқич кузатилмаган, 2-босқич 14 нафар, Эрта босқич-28%. 2019 йилда эрта босқич 34 та(53,1%), 2020 йилда 67нафар бемордан 1-босқич 5нафар, 2-босқич-35нафар. Эрта босқич-59,7%. (5-жадвал).

Хулосалар. Бундан хулоса қиламизки, текширувдан ўтган аёлларнинг ярмидан кўпида саратон олди касалликлари ва сут беи саратони аниқланди.

Профилактик кўриклар таҳлили Андижон шаҳрида жами 1116 нафар аёлдан 581 тасида (50,3%) сут беи турли патологиялари борлигини кўрсатди. Андижон туманида бу кўрсаткич жами 1065 нафар аёлдан 530 нафарни (49,06%) ташкил қилди. Касалликлар деярли 25%и фиброз-кистоз мастопатия, фиброз мастопатияга тўғри келди.

Патронаж ҳамширалар сут беи патологиясини эрта аниқлаш дастури бўйича иш олиб бориши, аҳолини режалаштирилган профилактик кўриклар мақсадини тўғри тушунишига ва профилактик кўрикларга аёллар қамрови кескин яхшиланишига олиб келди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. А.Д.Каприн, В.В.Старинский, Г.В.Петрова Злокачественные новообразования в 2018 г. (Заболееваемость и смертность).
2. Бондарев, С.А. Основные причины и распространенность злокачественных опухолей: Рак.... Жизнь продолжается. – 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cancer.ic.ck.ua>.
3. Бейшембаев М. И., Соодонбеков Э. Т., Айдарбекова А. А., Сулайманова А. А. Обзор состояния онкологической службы в Кыргызской Республике // Евразийский онкологический журнал. 2014. №1(1). С.20-23.
4. Елизарова, Т.В. Гигиеническое значение тяжелых металлов при антропогенном воздействии на организм / Т.В. Елизарова, Л.А. Михайлова // Качество, безопасность продуктов питания и здоровье населения: материалы региональной научно-практической конференции. – Чита, 2015. – С. 30–33.
5. Заболеваемость раком легкого населения Томской области / Л.Ф. Писарева, И.Н. Одинцова, В.А. Воробьев и др. // Сибирский онкологический журнал. – 2012. – № 4 (52). – С. 43–47.
6. Заболеваемость раком молочной железы женского населения Иркутской области. Факторы риска / Л.Ф. Писарева, А.П. Бояркина, Е.В. Панферова и др. // Сибирский онкологический журнал. – 2012. – № 5 (53). – С. 12–17.
7. Заболеваемость раком молочной железы коренного и пришлого населения Сибири и Дальнего Востока / Л.Ф. Писарева, И.Н. Одинцова, О.А. Ананина и др. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 4. – С. 37–41.
8. Заридзе, Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей / Д.Г. Заридзе. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2012. – 224 с.
9. Здоровье населения Республики Алтай в 2012 году (Ежегодный государственный доклад) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://miac.med04.ru>.
10. И.Н. Одинцова, Л.Ф. Писарева, А.В. Хряпенов SIBERIAN JOURNAL OF ONCOLOGY. 2015. № 5. Р. 95-101
11. Ильницкий, А.П. Новый нормативно-правовой документ в области первичной профилактики рака (СанПиН 1.2.2353-08 «Канцерогенные факторы и основные требования к профилактике канцерогенной опасности») / А.П. Ильницкий // Первичная профилактика рака. – 2018.

– № 1/2. – С. 4–11.

12. Имянитов, Е.Н. Молекулярная онкология: клинические аспекты /
13. Косых, Н.Э. Модели и методы популяционных эпидемиологических исследований социально-значимых заболеваний (на примере злокачественных новообразований) / Н.Э. Косых, С.З. Савин, А.Ю. Десятов. – Владивосток: Дальнаука, 2016 – 148 с.
14. Манчук, В.Т. Состояние и тенденции формирования здоровья коренного населения Севера и Сибири / В.Т. Манчук, Л.А. Надточий // Бюллетень СО РАМН. – 2010. – Т. 30, № 3. – С. 24–32.
15. Онкология – от съезда к съезду / В.В. Старинский, В.И. Чиссов, Ю.С. Сидоренко, Р.Ш. Хасанов // Онкология. – 2013. – № 3. – С. 4–9.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ СУБМУКОЗНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Ш.Б. Насриддинов

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Целью данного исследования является улучшение результатов лечения оперированных больных при неспецифическом язвенном колите применением в комплексе лечения субмукозной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита, находившихся на стационарном лечении в клинике АГМИ за период с 2011 по 2021 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую – контрольную группу включены пациенты (n=71), получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, пациенты второй – основной группы (n=77) в комплекс лечения добавлена субмукозная лимфотропная терапия. Всего пациентов 148. Возраст пациентов колебался от 20 до 45 лет.

Результаты исследования и их обсуждение: Сравнительный анализ субмукозной лимфотропной терапии при неспецифическом язвенном колите в послеоперационном периоде в условиях стационара показывает, что применение данного метода способствует снижению послеоперационных осложнений, сокращая при этом расходы на медикаменты и пребывания больных в стационаре, быстрейшему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта. В основной группе возобновление перистальтики кишечника и отхождение газов происходит на 2-5 дней раньше контрольной. Лейкоцитоз в крови больных основной группы достоверно снижается на 3сутки, а у больных контрольной – на 6-сутки после операции. СОЭ начинает убавляться у больных основной группы на 4-сутки, а в контрольной группе на 6-7-сутки соответственно.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, острый распространённый перитонит (ОРП), лимфотропная терапия, субмукозное введение, колоноскопия, послеоперационные осложнения, улучшение результатов, безрецидивный период.

YARALI KOLITNI JARROHLIK DAVOLASH NATIJALARINI SHILLIK OSTI LIMFOTROPIK TERAPIYA QO'LLASH ORQALI YAXSHILASH

Sh.B. Nasriddinov

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya.

Ushbu tadqiqotning maqsadi yarali kolit bilan og'rigan operatsiya qilingan bemorlarni davolash kompleksining bir qismi sifatida operatsiyadan keyingi davrda submukozal limfotrop terapiyani qo'llash orqali davolash natijalarini yaxshilashdan iborat.

Materiallar va tadqiqot usullari. 2011 yildan 2021 yilgacha bo'lgan davrda ADTI klinikasida statsionar sharoitda davolangan nonspesifik yarali kolitni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalari tahlil

qilindi. Barcha bemorlar ikki guruhga bo'lingan: birinchi - nazorat guruhiga operatsiyadan keyingi davrda an'anaviy davolash usullarini olgan bemorlar ($n=71$) kiritilgan, ikkinchi - asosiy guruhning bemorlari ($n = 77$) davolash kompleksiga submukozal limfotrop terapiyani qo'shdilar. Bemorlarning umumiy soni 148 nafarni tashkil etdi. Bemorlarning yoshi 20 yoshdan 45 yoshgacha.

Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi: Nonspesifik yarali kolit uchun operatsiyadan keyingi davrda shifoxona sharoitida submukozal limfotrop terapiyaning qiyosiy tahlili shuni ko'rsatadiki, bu usuldan foydalanish operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirishga yordam beradi, shu bilan birga dori-darmonlar va kasalxonada qolish xarajatlarini kamaytiradi, oshqozon-ichak trakti funksiyalarini tezda tiklash. Asosiy guruhda ichak motorikasining tiklanishi va gazlarning o'tishi nazorat guruhiga qaraganda 2-5 kun oldin sodir bo'ladi. Asosiy guruhdagi bemorlarning qonida leykotsitoz 3 kunga, nazorat guruhidagi bemorlarda esa operatsiyadan keyin 6 kunga sezilarli darajada kamaydi. ESR asosiy guruhdagi bemorlarda 4 kundan keyin, nazorat guruhida esa mos ravishda 6-7 kundan keyin pasayishni boshlaydi.

Kalit so'zlar: nospetsifik yarali kolit, o'tkir keng tarqalgan peritonit, limfotrop terapiya, shilliq ostiga yuborish, kolonoskopiya, operatsiyadan keyingi asoratlar, yaxshilangan natijalar, retsdivsiz davr.

IMPROVING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS BY CONDUCTING SUBMUCOUS LYMPHOTROPIC THERAPY

Sh.B. Nasriddinov

Andijan State Medical Institute

Abstract.

The purpose of this study is to improve the results of treatment of operated patients with nonspecific ulcerative colitis.

Material and research methods. The analysis of the results of surgical treatment of nonspecific ulcerative colitis, who were hospitalized at the ASMI clinic for the period from 2011 to 2021, was carried out. All patients were divided into two groups: the control group included patients ($n=71$) who received traditional methods of treatment in the postoperative period, patients of the main group ($n=77$) added submucous lymphotropic therapy. There were 148 patients in total. The age of the patients ranged from 20 to 45 years.

Results of the study and their discussion: Comparative analysis of submucosal lymphotropic therapy for nonspecific ulcerative colitis in the postoperative period shows that the use of this method helps to reduce postoperative complications, while reducing the cost of medicines and hospital stay, the fastest restoration of the functions of the gastrointestinal tract. In the main group, the resumption of intestinal motility and the discharge of gases occurs 2-5 days earlier than the control group.

Key words: *ulcerative colitis, acute generalized peritonitis, lymphotropic therapy, submucosal administration, colonoscopy, postoperative complications, improvement in outcomes, relapse -free period.*

Введение. Распространенность неспецифического язвенного колита (НЯК) по данным ВОЗ составляет 50-80 человек на 100 000 населения. Наибольшее число случаев приходится на возраст 20-40 лет. Наивысшее

показатели смертности отмечаются в течение первого года болезни вследствие случаев крайне тяжелого молниеносного течения заболевания и частых рецидивов болезни [1, 2, 4, 7].

Несмотря на то, что оперативное лечение – колопроктэктомия позволяет радикально справиться с заболеванием. Одним из недостатков данного метода лечения является последующая необходимость на протяжении всей жизни пользоваться калоприемником. А сфинктер сохраняющие операции дают частый рецидив и могут даже привести к злокачественным новообразованиям прямой кишки.

Еще одним грозным осложнением НЯК является острый распространённый перитонит (ОРП), которая имеет высокую летальность при развитии абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности, достигая при этом от 18 до 37% случаев [3, 9, 10, 11].

Другим очагом инфекции при абдоминальной патологии является инфицирование лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства. На фоне которых в лимфатических узлах образуется микроабсцессы. Образованные этим путем микроабсцессы приводят усилению интоксикации организма, за счет чего в лимфатической системе органов брюшной полости больных отмечается застойное явление, которое также способствует усилению интоксикации организма. Все это в сумме оказывает очень негативное воздействие на защитные механизмы кишечника против инфекционных агентов, обеспечивающих его барьерную функцию [1, 3, 6, 7, 12, 14].

Нарушение функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде так же приводит к образованию очага интоксикации при ОРП различного генеза и НЯК благодаря развитию динамической кишечной непроходимости, что больше усугубляет эндотоксикоз организма [5, 8, 13].

В практике у большинства больных продолжается ухудшение состояния и нарастание степени интоксикации организма даже после полноценной ликвидации первичного очага инфекции. Применение в/в, в/м и пероральными способами не дают должного, быстрого эффекта, а полипрагмазия антибактериальными препаратами даже при таком тяжелом течении ОРП и НЯК остается не решенным [4, 7, 12, 15].

Тем временем введение антибиотиков при инфекционных заболеваниях, коим являются ОРП и НЯК, в лимфатическую систему приводят повышению эффективности, снижению дозировки и длительности применения препаратов и получению, относительно с традиционным лечением, более быстрого эффекта доказано экспериментальным и клиническим

способами [9, 11, 13, 14]. Преимущество лимфотропной терапии заключается в том, что данный способ введения препаратов обеспечивает создание в лимфатическом регионе очага поражения патологическим процессом достаточных и стабильных терапевтических концентраций лекарственных препаратов, следовательно, и в органе мишени.

Проблема применения лимфатической терапии при НЯК и ОРП заключается в сложности доступа к лимфатической системе толстого кишечника.

Целью данного исследования является улучшение результатов лечения оперированных больных при неспецифическом язвенном колите, а также предупреждение осложнений, таких как ОРП и их ликвидация путем применения в комплексе лечения субмукозной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и острого распространённого перитонита различного генеза больных, находившихся на стационарном лечении в клинике Андижанского государственного медицинского института за период с 2011 по 2021 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую – контрольную группу включены пациенты (n=71), получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, а пациентам во второй - основной группе (n=77) в комплекс лечения добавлена субмукозная лимфотропная терапия. Всего пациентов 148. Возраст пациентов колебался от 20 до 45 лет.

Для оценки эффективности субмукозной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде, были сопоставлены эндоскопическая картина и данные гистологического анализа состояния слизистой оболочки кишечника до лечения с данными повторного исследования (колоноскопия с биопсией) кишечника после курса лечения.

Исходя из анатомии толстого кишечника лимфоотток начинается из стенок толстого кишечника. Учитывая эту особенность всем больным основной группы после завершения основного этапа операции, начиная с 7-сутки после операции провели субмукозную лимфотропную терапию с помощью колоноскопа и инъектора.

Нами примененный способ лимфотропной терапии отличается от других способов, таких как эндомезентериальной лимфотропной терапии своей малотравматичностью, технической не сложностью, не требует хирургического вмешательства, а проводится через естественные отверстия пациента, доступностью и учитывающее анатомию органа, и физиологию образования и оттока лимфы, вместе с которым распро-

страняются введенные препараты.

Для лимфотропной терапии в качестве лимфостимуляторов применяли глюкозоновокаиновую смесь в соотношении 1:1 в дозе 2 мл на кг массы тела больного с лидазой (0,5 ед/кг) либо добавляя гепарин (80 ед/кг) с учетом свёртываемости крови больного, тимоген в дозе 150 мкг, антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним (цефалоспорины III-IV поколения: цефазолин либо цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе.

Субмукозная лимфотропная терапия проводилась в зависимости от тяжести заболевания и от состояния больного один или два раза в сутки в течение 4-5 дней. При гемиколэктомиях по поводу неспецифического язвенного колита один раз в сутки.

Результаты лечения с применением субмукозной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сравнивали с показателями контрольной группы больных.

На фоне проведения комплексной терапии в послеоперационном периоде с применением субмукозной лимфотропной терапии у больных основной группы на 2-е сутки возобновилась перистальтика кишечника, а на 3-сутки отмечено отхождение газа. У больных контрольной группы слабые перистальтические шумы кишечника появились на 3-е сутки после операции. Только на 4-5 сутки восстановилась функциональная способность желудочно-кишечного тракта у этой группы больных.

В анализах крови - лейкоцитоз в крови больных основной группы на 3-е сутки достоверно снизился, а у больных контрольной группы снижение этого показателя отмечался на 6-е сутки после операции. Уменьшение СОЭ у больных основной группы начиная с 4-е сутки, а у больных контрольной группы с 6-7 суток.

Сравнительный анализ субмукозной лимфотропной терапии при неспецифическом язвенном колите в послеоперационном периоде в условиях стационара показывает, что применение данного метода способствует снижению послеоперационных осложнений таких как боли, кровотечение, положительно влияет на восстановительную функцию организма предотвращая осложнения со стороны основного заболевания, сокращая при этом расходы на медикаменты и пребывания больных в стационаре на $3,5 \pm 1,5$ дней, а также быстрейшему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта.

Выводы: Таким образом, проведение субмукозной лимфотропной терапии в комплексе лечения в первую очередь способствует быстрейшему восстановлению функций ЖКТ, к нормализации СОЭ и уровня лей-

коцитов, к предотвращению или снижению послеоперационных осложнений и удлинению без рецидивного периода. Кроме того, данный способ отличается экономичностью и относительным доступностью применения.

Список использованной литературы:

1. Ваккосов М.Х. Исхаков Б.Р. Диагностика и хирургическое лечение послеоперационного перитонита. // Журнал: Хирургия Узбекистана 2005. № 1. С. 66-71.
2. Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: рук.для практ.врачей. М: Литтерра, 2007. 1056 с.
3. Гаин Ю.М. Леонович С.И. Алексеев С.А. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты диагностика и лечение. Минск: Молодечно 2001: 265.
4. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э. Значение эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. Журнал: Проблемы биологии и медицины, 2019. № 3 (111). С. 163–167.
5. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Эндомезентериальная лимфотропная терапия как метод предупреждающий осложнений в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. // Журнал Новый день в медицине. -2019. - № 3. - С. 299-303.
6. Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003. Т. 13, № 1. С. 73–80.
7. Завада Н.В. Гаин Ю.М. Алексеев С.А. Хирургический сепсис. Учебное пособие. Минск: Новое знание 2003: 237.
8. Брискин Б.С. Совченко З.И. Хачатрян Н.Н. Абдоминальный сепсис, роль антибактериальной терапии. // Хирургия 2002: 4: 69-74.
9. Гостищев В.К. Сажин В.П. Авдовенко А.Л. Перитонит. М: Медицина 2002: 237.
10. Осиков М.В., Симонян Е.В., Бакеева А.Е., Костина А.А. Экспериментальное моделирование болезни крона и язвенного колита. Современные проблемы науки и образования, 2016. № 4.
11. Сажин В.П., Авденко А.Л., Юришеви В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита // Хирургия 2007 №11.С. 36-39.
12. Саидханов А.С. О нерешенных вопросах лечения распространенного

- перитонита. // Хирургия Узбекистана. 2003. № 3. С 77.
13. Совалкин В.И. Биологическая терапия воспалительных заболеваний кишечника. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2010. № 3. С. 83–84.
 14. Халиф И.Л. Хирургическое лечение и биологическая терапия при язвенном колите //Халиф И.Л. [Российский медицинский журнал. 2013., №31 С. 1632.](#)
 15. Чернов В.Н. Белик Б.М., Ефанов С.Ю. Патогенез нарушения висцеральных функции при распространённом перитоните. // Вестник хирургии. 2014. № 4. С. 35-38

АНТЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА МАРКЕРОВ АКТИВИЗАЦИИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ И ХЛАМИДИОЗА

К.П. Насриддинова

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация.

Проведено определение маркеров активизации перинатально значимых инфекций у 62 беременных женщин г. Андижан. Выявляли ДНК цитомегаловируса и хламидии трахоматис в генитальных мазках. В сыворотках крови определяли IgM к структурным и предранним белкам цитомегаловируса, IgA к *C. trachomatis*. Маркеры активизации цитомегаловирусной и хламидиоза обнаружены в 20,8 %, и 4,8 % случаев соответственно. Сопоставили результаты исследования и исходы беременности. Самая высокая частота неблагоприятных исходов беременности (спонтанные выкидыши, патологические состояния новорожденных) установлена в группе беременных женщин с маркерами смешанных инфекций. Выявление маркеров активизации перинатально значимых инфекций у беременной женщины позволяет формировать группы риска реализации внутриутробной инфекции.

Ключевые слова: внутриутробные инфекции, цитомегаловирусная инфекция, хламидийная инфекция, антенатальный скрининг, иммуноглобулины.

ANTENATAL SCREENING OF PREGNANT WOMEN ON CYTOMEGALOVIRUS INFECTION AND CHLAMYDIA MARKERS

K.P. Nasriddinova

Andijan State Medical Institute

Abstract.

The definition of markers of activation of perinatal significant infections in 62 pregnant women of Andijan. The article conducts analysis of perinatal infection. DNA from the cytomegalovirus and *Chlamydia trachomatis* was found in genital swabs. In blood serums, IgM has been identified to the structural and pre-existing proteins of the cytomegalovirus, IgA to *C. trachomatis*. Activation markers for cytomegalovirus and chlamydia were found in 20.8% and 4.8% respectively. We compared the test results to the pregnancy outcomes. The highest incidence of adverse pregnancy outcomes (spontaneous miscarriages, pathological conditions of newborns) is found among pregnant women with mixed infection markers. The detection of markers for the activation of perinatal infections in a pregnant woman allows the formation of groups at risk of intrauterine infection.

Key words: *intrauterine infections, cytomegalovirus infection, chlamydia infection, antenatal screening, immunoglobulins.*

HOMILADOR AYOLLARDA SITOMEGALOVIRUS VA XLAMIDIYA INFEKTSIYALARI FAOLLASHISH MARKERLARINI ANTENATAL SKRININGI

K.P. Nasriddinova
Andijan State Medical Institute

Annotatsiya.

Andijon shahridagi 62 nafar homilador ayolda perinatal ahamiyatga ega infeksiyalarning faollashuvi belgilari aniqlandi. Genital surtmalarda sitomegalovirus va chlamydia trachomatis DNKsi aniqlandi. Qon zardobida IgM sitomegalovirusning strukturaviy va bevosita erta oqsillari, IgA dan C. trachomatisgacha aniqlangan. Sitomegalovirus va xlamidiya faollashuvi belgilari mos ravishda 20,8% va 4,8% hollarda topilgan. Tadqiqot natijalari va homiladorlik natijalari solishtirildi. Homiladorlikning salbiy oqibatlari (spontan abortlar, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning patologik holatlari) eng yuqori ko'rsatkichi aralash infeksiyalar belgilari bo'lgan homilador ayollar guruhida topilgan. Homilador ayolda perinatal ahamiyatga ega infeksiyalarning faollashuvi belgilarini aniqlash homilaichi infeksiyasi uchun xavf guruhlarini shakllantirish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: *homilaichi infeksiyalar, sitomegalovirus infeksiyasi, xlamidiya infeksiyasi, antenatal skrining, immunoglobulinlar.*

Введение. Вопрос о целесообразности антенатального скрининга на наличие перинатально значимых инфекций является дискуссионным. Инфекционный процесс у матери, вызванный цитомегаловирусами и хламидиями, приводящий к поражению плода, может протекать как в острой, так и в субклинической, и в бессимптомной форме. Невыраженность клинической симптоматики предопределяет поиск лабораторных методов антенатальной диагностики внутриутробных инфекций.

После первичного инфицирования вирусы цитомегалии (CMV) в форме нуклеокапсида могут пожизненно латентно находиться в клетках нервных ганглиев, слюнных желез, лимфорециркуляторных клетках почек [1, 3, 9]. При первичной инфекции или реактивации хронической происходит активная репродукция и экскреция вируса, которая проходит бессимптомно или сопровождается патологическими симптомами, появляются дочерние возбудители и соответствующие иммунологические сдвиги. В первые часы образуются сверххраняющие белки (IE), которые в дальнейшем не входят в структуру вириона, но координируют дальнейший синтез вирусного генома, ряда клеточных генов. Затем идет экспрессия

ранних белков (Е), способствующих репликации вирусной ДНК. Поздние структурные (L) белки появляются после синтеза вирусного генома и ранних белков, включаются во внешнюю оболочку вирусных частиц. Соответственно в начале появляются IgM и G к сверхранним белкам (IE), IgM к структурным белкам (L), при первичной инфекции – низкоавидные специфические IgG, затем высокоавидные IgG, при реактивизации хронической инфекции нарастают титры высокоавидных IgG. Но нарастание титров трудно уловить из-за бессимптомного начала активизации инфекции. Высота титров, установленная в одной сыворотке, не показательна для определения активной репликации, зависит не столько от концентрации возбудителя, сколько от иммунного статуса человека и свойств диагностической системы. Анти-CMV и анти-HSV IgG у женщин репродуктивного возраста г. Андиган определяются в 98 % случаев (косвенный признак высокой инфицированности), поэтому низкоавидные IgG-свидетели первичной инфекции обнаруживаются чрезвычайно редко [8].

Особенностью хламидий является обязательный внутриклеточный паразитизм и своеобразный цикл развития, состоящий из 2 различных форм: элементарной (ЭТ) и ретикулярной (РТ). ЭТ заражают клетки хозяина, превращаются внутри клетки в более крупные РТ, которые размножаются бинарным делением, выходят из клетки, вновь превращаются в ЭТ и снова заражают следующие клетки. На этапе трансформации ЭТ в РТ, перехода их в ЭТ нового поколения может произойти ограничение роста и развития РТ (латенция) или длительное присутствие в клетке хозяина живых неинфекционных РТ (персистенция). В клиническом плане латенция – бессимптомное носительство, персистенция – хронически рецидивирующая, скудная по симптоматике, плохо поддающаяся лечению урогенитальная патология [4].

Современная диагностика хламидиоза основана на обнаружении ДНК *Chlamydia trachomatis* в клиническом материале и выявлении антихламидийных антител определенного класса, по которым можно установить стадию заболевания и активность процесса. Антихламидии IgM образуются с 5-го дня болезни до 2-3 месяцев, но практически не улавливаются из-за бессимптомного начала заболевания. Антихламидии IgG определяются через 15-20 дней после заражения и могут сохраняться в низком титре несколько лет. По выявлению IgG в одной сыворотке нельзя ответить на вопрос – есть ли возбудитель в организме в настоящий момент или IgG – свидетели прошлого контакта с *C. trachomatis*.

Антихламидии IgA появляются через 2 недели (до одного месяца)

после инфицирования и держатся до тех пор, пока хламидийный антиген остается доступным для иммунокомпетентных клеток. Период полураспада IgA короткий – около 6 дней, поэтому изменение уровня IgA согласуется с динамикой инфекционного процесса.

Целью работы было определение прогностического значения маркеров активной репродукции цитомегаловирусной, хламидийной инфекций, выявленных у беременной женщины.

Материалы и методы. Провели выявление маркеров активизации цитомегаловирусной и хламидийной инфекции у 64 беременных женщин, наблюдавшихся в 2 поликлиниках г. Андижан. В генитальных мазках методом ПЦР определяли ДНК CMV, *C. trachomatis*. В сыворотках крови с помощью ИФА выявляли анти-CMV IgM и IgG к IE и антихламидии IgA. Для ПЦР использовали тест-системы ООО «ИнтерЛабСервис» (г. Москва), для ИФА-диагностикумы фирмы «Вектор – Бест» (г. Новосибирск). Сопоставили результаты исследований и исходы беременности. Статистический анализ провели с помощью ПК и прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Маркеры активизации цитомегаловирусной инфекции выявлены у 13 беременных женщин (20,8 %), хламидиоза – у 3 (4,8 %). Смешанные инфекции определены у 14 женщин (5,6 %). В большинстве случаев – 82 (65,6 %) зарегистрирован отрицательный результат исследования.

В группе женщин с выявленной бессимптомной активизацией цитомегаловирусной инфекции у одной пациентки беременность окончилась выкидышем, у 3 – рождением ребенка с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) 1-й степени и у одной женщины родился ребенок с признаками внутриутробной гипоксии плода.

Является ли цитомегаловирусная инфекция этиологическим фактором в этих случаях? Такая патология может быть вызвана как цитомегаловирусом, так и другими причинами. По данным [1, 7, 9], беременность заканчивается самопроизвольным выкидышем, если инфицирование или воздействие других повреждающих факторов происходит на раннем сроке гестации (до 8-й недели). ЗВУР и другие клинически выраженные признаки врожденной цитомегаловирусной инфекции могут развиваться у 5 % новорожденных в результате инфицирования после 12-й недели беременности. 95 % детей рождаются практически здоровыми, но у части из них при обследовании выявляется вирусоносительство, а через 8-12 месяцев, иногда через 5 лет возможны поздние проявления врожденной цитомегалии – нейросенсорные нарушения слуха и зрения, задержка психомоторного развития. По

результатам нашей работы окончательное суждение о диагнозе и прогноз могут быть сделаны после проведения лабораторной диагностики у ребенка и длительного наблюдения для исключения поздних проявлений хронической врожденной инфекции.

Маркеры хламидиоза определены у 3 беременных женщин. У 2 из них родились доношенные здоровые дети, у одной – доношенный ребенок с признаками внутриутробной гипоксии. Развитие внутриутробной гипоксии характерно для хламидийной инфекции и связано с восходящим путем инфицирования, воспалительными процессами в плаценте, приводящими к гипоксии плода, невынашиванию беременности, спонтанным выкидышам. Нельзя исключить того, что у части детей этой группы в ближайшие полгода могут развиваться конъюнктивиты, атипичная пневмония или заболевания других органов, вызванные *C. trachomatis*. В группе женщин с выявленными маркерами 2 или 3 инфекций беременность завершилась самопроизвольным выкидышем (1), преждевременными родами (1) и срочными родами (2). Патологические симптомы у детей были диагностированы в 3 случаях. Частота развития патологических симптомов (6/85,7 %) и в целом неблагоприятных исходов (7/100 %) была самой высокой в группе женщин со смешанными инфекциями и достоверно превышала аналогичные показатели у женщин с негативными результатами выявления маркеров активизации перинатально – значимых инфекций (22/26,8 % и 27/32,9 % соответственно, $p < 0,001$ в обоих случаях).

Выводы: 1. Маркеры продуктивной цитомегаловирусной и хламидийной инфекции обнаружены нами у обследованных беременных женщин соответственно в 20,8 % и 4,8 % случаев. 2. Самая высокая частота неблагоприятных исходов беременности (спонтанные выкидыши, патологические состояния новорожденных) установлена в группе беременных женщин с маркерами смешанных инфекций. 3. Выявление маркеров продуктивной цитомегаловирусной и хламидийной инфекции у беременной женщины позволяет формировать группы риска реализации внутриутробной инфекции. Дети, родившиеся у матерей с выявленными маркерами репродукции изучаемых инфекций, нуждаются в проведении лабораторной диагностики, грамотном ведении, включая наблюдение неонатолога, педиатра, отоларинголога, окулиста.

Список использованной литературы:

1. Кудрявцева Л.В., Мисюрина О.Ю., Генерозов Э.В. и соавт. Клиника, диагностика лечение хламидийной инфекции. Пособие для врачей. – М. – 2001. – 61 с.

2. Кузьмин В.Н., Адамян Л.В. Вирусные инфекции и беременность. – М.: Дипак, 2005. – 176 с.
3. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Генитальный герпес и беременность. Неизвестная эпидемия: герпес. – Смоленск: Фармаграфикс, 2007. – С. 84–92.
4. Никонов А.П., Асцатурова О.Р. Цитомегаловирусная инфекция // Педиатрия. – 2009. – № 1 – С. 7–10.
5. Островская О.В. Внутриутробные инфекции, клинико-морфологическая оценка современной специфической диагностики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Хабаровск, 2019. – 45 с.
6. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей // Рос. ассоц. специалистов перинатальной медицины. – М.: ГОУ ВЦНМУ. – 2001. – 94 с.
7. Сенчук А.Я., Дубоссарская Ю.А. Перинатальные инфекции. – М.: МИА, 2005. – 318 с.
8. Савичева, А.М. Внутриутробные инфекции – проблемы и перспективы диагностики и терапии /Савичева А.М. //Трудный пациент. – 2008. – № 8. – С. 12-24.
9. Боровкова, Е.И. Взаимодействие инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода /Боровкова Е.И. //Рос. вестн. акуш.-гинеко. – 2015. – № 5. – С. 33-42.
10. Mother-to-child transmission of cytomegalovirus infection, risk estimates for clinical counselling /Dunn D., Wallon M., Peyron F. et al. //Lancet. – 2019. – N 353. – P. 1829-1833.
11. Gilbert, R. Chlamidiosis /Gilbert R. //In: Congenital and prenatal infections. – Cambridge university press, 2020. – P. 305-320.

Mundarija		Content
Онкомаркерларнинг тухумдон ўсмаларини қийсий ташхислашда аҳамияти		The significance of oncomarkers in the comparative diagnosis of malignant and benign tumors of the ovary during the preoperative period
Д.З. Мамарасулова, Д.М. Турсунов, С.Т. Зияева, О.К. Жалолов, И.И. Назирбеков.....	4-16	D.Z. Mamarasulova, D.M. Tursunov, S.T. Ziyaeva,O.K. Jalolov, I.I. Nazirbekov
Хирургическое лечение внематочной беременности (обзор литературы)		Surgical treatment of ectopic pregnancy (literature review)
Ш.М. Нуритдинова	17-24	Sh.M. Nuritdinova
Kalla suyagi ichi travmatik qon ketishlarda intraoperatsion gemostaz usullarini qiyosiy taxlili		Comparative analysis of methods of intraoperative hemostasis in traumatic intracranial hemorrhages
A.R. Mamadaliyev, B.N. Davlatov.....	25-31	A.R. Mamadaliyev ¹ , B.N. Davlatov ²
Болдир суяклари очик синишларида компартмент- синдром		Compartment syndrome in open fractures of the leg bones
О.Н. Абдулазизов, О.О. Абдухалимов.....	32-38	O.N. Abdulazizov, O.O. Abdukhaliyev
Bosh miya og'ir jaroxatlarida kalla suyagi ichi gematomalari		Severe traumatic brain injury with intracranial hematomas
K.A. Kuldashv, N.Yu. Mirzayuldashev	39-43	K.A. Kuldashv, N.Yu. Mirzayuldashev
Значение лапароскопии в диагностике туберкулёза гениталий у женщин репродуктивного возраста с первичным бесплодием		Significance of laparoscopy in the diagnostics of genital tuberculosis in women of reproductive age with primary infertility
Р.А. Хакимова, Г. Абдурахманова.....	44-49	R.A. Khakimova ¹ , G. Abdurakhmanova ²
Влияние факторов жилищных условий на развитие туберкулеза в очагах туберкулезной инфекции		Influence of factors of housing conditions on the development of tuberculosis in foci of tb infection
Р.А. Хакимова.....	50-55	R.A. Khakimova
Андижон шаҳар ва андижон тумани миқёсида сут беги саратони ва саратон олди касалликларини эрта ташхислаш мақсадида ўтказилган комплекс профилактик чора-тадбирлар натижаларининг якуний таҳлили		Final analysis of complex preventive measures results conducted for early detection of breast cancer and pre-cancer diseases on the level of Andijan city and Andijan district
Д.А. Урманбаева, Д.З. Мамарасулова, А.Ф. Валидова, В.Г. Горумов.....	56-66	D.A. Urmanbayeva, D.Z. Mamarasulova, A.F.Validova, V.G. Gorumov
Улучшение результатов оперативного лечения язвенного колита путем проведения субмукозной лимфотропной терапии		Improving the results of surgical treatment of ulcerative colitis by conducting submucous lymphotropic therapy
Ш.Б. Насриддинов.....	67-73	Sh.B. Nasriddinov ol
Аntenatalный скрининг беременных женщин на маркеров активизации цитомегаловирусной инфекции и хламидиоза		Antenatal screening of pregnant women on cytomegalovirus infection and chlamydia markers
К.П. Насриддинова.....	74-79	K.P. NasriddinovaAndijan State Medical Institute