

# MSU

Medical science of

# Uzbekistan

2022. № 2

Медицинская наука

Узбекистана



ЭЛЕКТРОННЫЙ ЖУРНАЛ  
**«Медицинская наука  
Узбекистана»**

Выпуск № 2. (октябрь, 2022)

Официальное название периодического издания: «Медицинская наука Узбекистана», журнал прошел регистрацию в Агентстве информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан. №1631. 24.05.2022 год.

Международный индекс: ISSN 2181-3612 (Online)

Учредители журнала: Андижанский государственный медицинский институт и ООО «I-EDU GROUP».

**Цель издания журнала:** ознакомление работников всех звеньев здравоохранения с инновационными подходами по совершенствованию диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний у болезни, повышение квалификации и усовершенствование врачебных и научных медицинских кадров.

Online версия журнала доступна на сайте: [www.fdoctors.uz](http://www.fdoctors.uz)

Телефон редакции: +998 (94) 018-02-55

Почтовый адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Отабекова, дом 1.

Web-sayt: [www.fdoctors.uz](http://www.fdoctors.uz)

E-mail: [fdoctors2022@gmail.com](mailto:fdoctors2022@gmail.com)

## Подключенные системы

GoogleScholar

DOI Crossref

inLibrary

SLIB.UZ

CYBERLENINKA

Orcid

Publons

Scienceweb

archive.org

ResearchBib (OAK 14-baza)

Directory of Research Journals Indexing (OAK 15-baza)

Journal Impact Factor (OAK 2-baza)

International Society for Research Activity (OAK 22-baza)

Bielefeld Academic Search Engine (OAK 13-baza)

EuroPub Database

## СОСТАВ РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ И РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

Главный редактор – Арзикулов Абдураим Шамшиевич, профессор, доктор медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан). ORCID/GoogleScholar

Ответственный секретарь – Тошбоев Шерзод Олимович, кандидат медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан). ORCID/GoogleScholar

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

1. Мадазимов Мадамин Муминович, профессор, доктор медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан). ORCID/GoogleScholar
2. Салахитдинов Зухритдин, профессор, доктор медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
3. Аграновский Марк Лейзерович, профессор, доктор медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
4. Салахитдинов Камалитдин Зухриддинович, доцент, доктор медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
5. Худайбердиев Кабил Турсунович, профессор, доктор медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
6. Расул-заде Юлдуз Гулямовна, профессор, доктор медицинских наук, Ташкентский педиатрический медицинский институт, (Ташкент, Узбекистан).
7. Абдуллажонов Бахромжон Рустамович, доктор медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
8. Рахмонова Лола Каримовна, доцент, доктор медицинских наук, Ташкентская медицинская академия, (Ташкент, Узбекистан).
9. Маматхужаева Гулнарахан Нажмидиновна, доцент, кандидат медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан)

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

1. Каххаров Зафаржон Абдурахманович, доцент, кандидат медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
2. Олейник Владимир Алексеевич, профессор, доктор медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
3. Туланов Дилшод Шомирзаевич, доцент, кандидат медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
4. Мирзакаримова Дилдора Баходировна, кандидат медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
5. Абдуллаева Мавжуда Эргашевна, доцент, кандидат медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).
6. Салиева Манзура Хабибовна, доцент, кандидат медицинских наук, Андижанский государственный медицинский институт, (Андижан, Узбекистан).

## Article

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ МЕКОНИАЛЬНО ОКРАШЕННЫХ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ

Расуль-Заде Ю.Г.<sup>1</sup> , Джуманязов С.С.<sup>2</sup>

1. Ташкентский педиатрический медицинский институт, доктор медицинских наук, профессор, Ташкент, Узбекистан.

2. Ташкентский педиатрический медицинский институт, магистр 2-курс, Ташкент, Узбекистан.

**Аннотация.** В ряде публикаций описана сильная связь между гипоксией плода и окрашенными меконием водами, в других – данная связь опровергается, однако акцентируется роль инфекции. Цель: На основе проведения динамической кардиотокографии определить, имеется ли связь между мекониальными водами и негативными перинатальными результатами. Пациенты и методы: проведено проспективное когортное исследование перинатальных результатов у 27 рожениц с обнаруженной в антенатальном периоде на основании трансвагинальной сонографии гиперэхогенной взвеси в амниотической жидкости. Заключение. Важно отметить, что роды, осложненные присутствием мекония в околоплодных водах, увеличивают риск оперативного родоразрешения путём кесарева сечения по фетальным показаниям, поскольку могут стать причиной развития аспирационного синдрома у новорожденных, и увеличивают рождение детей в состоянии асфиксии тяжёлой степени.

**Ключевые слова:** гипоксия плода, окрашенная мекония, индикатор асфиксии плода.

**Введение:** Внутриутробное отхождение мекония может быть нормальным процессом, встречается примерно в 10–15% срочных либо запоздалых родов. Физиологический стресс во время родов (например, из-за гипоксии и/или ацидоза, вызванных компрессией пуповины, или плацентарной недостаточностью, или инфекцией) может привести к выделению плодом мекония в амниотическую жидкость до родов. В этой связи, присутствие мекония в амниотической жидкости оценивается как индикатор асфиксии новорожденного и наблюдается в 7–22% всех срочных родов. [2]. Примерно у 5% младенцев с околоплодными водами, окрашенными меконием, развивается синдром аспирации меконием, уровень смертности от которого по-прежнему составляет 2,5% в развитых странах и до 35% в развивающихся странах. В ряде публикаций описана сильная связь между гипоксией плода и окрашенными меконием водами, в других – данная связь опровергается, однако акцентируется роль инфекции. Соответственно продолжаются дискуссии по вопросу выбора оптимального метода родоразрешения женщин с мекониально окрашенными околоплодными водами. Также установлена корреляционная связь между наличием мекония в околоплодных водах и низкой оценкой новорожденных по шкале Апгар [7,14]. К наиболее тяжёлым

осложнениям родов при мекониальных водах является синдром аспирации мекония, приводящий в 4–19 % случаев к неонатальной смерти [3,5].

**Цель:** На основе проведения динамической кардиотокографии определить, имеется ли связь между мекониальными водами и негативными перинатальными результатами.

**Пациенты и методы:** проведено проспективное когортное исследование перинатальных результатов у 27 рожениц с обнаруженной в антенатальном периоде на основании трансвагинальной сонографии гиперэхогенной взвеси в амниотической жидкости. Все роженицы поступили в родильное отделение родильного комплекса при ГКБ №4 им. Иргашева И.И. в период 2020 - 2021 гг. Сроки обнаружения присутствия взвеси варьировались от 34 до 37 недель гестации. Критериями исключения из исследования явились: аномалии плода, дородовый разрыв плодных оболочек, преэклампсия тяжёлой степени, синдром ограничения роста плода, роды при наличии рубца на матке, многоплодие, а также несогласие роженицы участвовать в исследовании. Роженицы были разделены на 2 группы. Первая группа объединила 12 (44%) рожениц с наличием гиперэхогенной взвеси, которым в динамике родового процесса для оценки функционального состояния

плода проводили кардиотокографическое исследование (КТГ). Вторую группу составили 15 (56%) рожениц с гиперэхогенной взвесью в околоплодной жидкости со стандартным ведением родов, в динамике которых контроль сердечных сокращений плода проводился акушерским стетоскопом. Обе группы были репрезентативны по среднему возрасту, паритету, доплерометрическим характеристикам.

**Результаты.** На основе расспроса рожениц обеих групп определен спектр анамнестических рисков мекониального присутствия в амниотической жидкости. В спектре соматической патологии ведущая роль принадлежит заболеваниям органов дыхания, в особенности COVID-19 в дебюте беременности, инфекции мочевого тракта, в частности посткоитальный цистит с последующей бессимптомной бактериурией, хронический пиелонефрит. Среди инфекций, передаваемых половым путём, при расспросе были получены сведения о герпесвирусных инфекциях (ЦМВ, ВПГ), хламидиозе и уреоплазмозе. Учтён вклад и гинекологического анамнеза: аборты, бактериальный вагиноз, кольпиты, цервициты, эктопии шейки матки. Все эти состояния могут способствовать развитию плацентарной дисфункции и гипоксии плода и повлиять на изменение характера околоплодного окружения [1]. Признаки интранатальной гипоксии плода, по данным КТГ (тахикардия с переменными или поздними децелерациями, брадикардия), обнаружены у 4 (25%) рожениц 1 группы в активной фазе первого периода родов. Эти роженицы были родоразрешены путем кесарева сечения, показанием к операции явился дистресс плода. Мекониальный характер амниотической жидкости подтвердился по вскрытии полости матки. В целом, оценки у 2х новорожденных, родившихся с тяжёлой асфиксией, по шкале Апгар на 5 мин в данной группе пациенток оптимизировались до 6-7 баллов. В переводе в ОРИТ нуждался 1 (8,3%) новорожденный вследствие развития синдрома аспирации мекония. Во второй группе из 15 рожениц неблагоприятные исходы родов наблюдались у 7 новорожденных (25,1%). Из них у 4 (14,8%) роды были завершены кесаревым сечением, вследствие «неубедительного состояния плода». Сравнение частоты кесарева сечения демонстрирует достоверную разницу относительно пациенток 1й группы ( $p < 0,05$ ).

У 11 женщин (40,7%) роды проведены через естественные родовые пути. Из них в асфиксии тяжелой степени, по критериям шкалы Апгар, родились 3 (11,1%) младенца. Вследствие интранатальной аспирации мекония 4 (33%) новорожденных были переведены в ОРИТ ( $p < 0,05$  относительно первой группы), из которых у одного младенца был летальный исход. Сравнительный анализ перинатальных результатов в обеих группах показал, что применение КТГ-контроля в динамике родов при наличии мекония в околоплодных водах обусловило сокращение случаев аспирации мекония, тяжёлой неонатальной асфиксии, числа переводов в ОРИТ новорожденных и предотвращение неонатальной смерти.

**Заключение.** Важно отметить, что роды, осложненные присутствием мекония в околоплодных водах, увеличивают риск оперативного родоразрешения путём кесарева сечения по фетальным показаниям, поскольку могут стать причиной развития аспирационного синдрома у новорожденных, и увеличивают рождение детей в состоянии асфиксии тяжелой степени. Общеизвестно, что применение КТГ не улучшает перинатальных показателей при наличии беременности/родов низкого риска, напротив, ложноположительный результат может стать причиной необоснованных вмешательств, в том числе и кесаревых сечений. Между тем, при родах высокого перинатального риска, к примеру, с присутствием мекония в амниотической жидкости, более точный диагноз в отношении гипоксии плода может быть установлен применением КТГ. Операция кесарева сечения, выполненная своевременно и без предварительного использования утеротоников, существенно улучшает перинатальные исходы даже при густо-мекониальных околоплодных водах.

Таким образом, мекониальные воды, безусловно, свидетельствуют о возможном неблагоприятном исходе родов, поэтому оптимальным видится КТГ- контроль сердечной деятельности плода в динамике родового процесса. Применение данного метода обусловило существенную оптимизацию перинатальных исходов при мекониальных околоплодных водах у рожениц.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Hirsch L, Melamed N, Rosen H, Peled Y, Wiznitzer A, Yogev Y. New onset

of meconium during labor versus primary meconium-stained amniotic fluid: is there a difference in pregnancy outcome? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013;1–7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24147619/>

2. Balchin I, Whittaker JC, Lamont RF, Steer PJ. Maternal and fetal characteristics associated with meconium-stained amniotic fluid. *Obstet Gynaecol*, 2011;117(4):828–35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21383642/>

3. CG55 Внутривидовой уход: руководство NICE. <http://guidance.nice.org.uk/CG55/NICEGuidance>

4. Cuff RD, Carter E, Taam R, et al. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* MFM /Volume 2, Issue 1, February 2020, 100073/ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2589933319301132>

5. Dargaville P.A., Copnell B. The epidemiology of meconium aspiration syndrome: incidence, risk factors, therapies, and outcome // *Pediatrics*.-2006. – Vol.117. - P. 1712-1713. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16651329/>

6. Atladottir H.O., Parner E.T., Schendel D., Dalsgaard S., Thomsen P.H., Thorsen P. Variation in incidence of neurodevelopmental disorders with season of birth // *Epidemiology*. - 2007. - Vol. 18. - P. 241-242. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17202868/>

7. Akhmedova D., Inakova B., Inamov K., & Kadirov X. (2022). Clinical characteristics of the neonatal period and microelemental composition of the blood serum in premature infants with post-hypoxic encephalopathy and internatal development rest. *International Journal of Scientific Pediatrics*, (2), 16–30. <https://doi.org/10.56121/2181-2926-2022-2-16-30>

8. Kaoru O., Kondo M., Kato M., Kakinuma R., Nishida A., Noda M., Taniguchi K., Kimura H. Serum Cytokine and Chemokine Profiles in Neonates With Meconium Aspiration // *Pediatrics*. — 2008. Vol.121. -P.750-751.

9. Maddipati KR, Romero R, Chaiworapongsa T, et al. Clinical chorioamnionitis at term: the amniotic fluid fatty acyl lipidome. *J Lipid Res*. 2016;57(10):1906-1916. <https://doi.org/10.1194/jlr.P069096>.

10. Oliveira FR, Barros EG, Magalhaes JA. Biochemical profile of amniotic fluid for the assessment of fetal and renal development. *Braz J Med Biol Res*. 2002; 35(2):215-222. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/>

aji.13108

11. Payne MS, Bayatibojakhi S. Exploring preterm birth as a polymicrobial disease: an overview of the uterine microbiome. *Front Immunol*. 2014;5:595. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2014.00595>.

12. Shackelford GD, Kees-Folts D, Cole BR. Imaging the urinary tract. *Clin Perinatol*. 1992; 19(1):85-119. [https://doi.org/10.1016/S0095-5108\(18\)30477-917](https://doi.org/10.1016/S0095-5108(18)30477-917).

13. Bauk FA, Moron AF, Novo Y. Estudo comparativo das dosagens de sódio, potássio, uréia, creatinina e ácido úrico no líquido amniótico entre 15-20 semanas e 38-42 semanas. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 1996;(42):7-10.

14. Makhmudova A., Berger. I., Madasheva A. and Ulugova S. (2022). Combined genetic disorders in patients with coagulopathy. *International Journal of Scientific Pediatrics*, (1), 23–29. <https://doi.org/10.56121/2181-2926-2022-1-23-29>

## Article

# ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Гафурова Д.К.

*Железнодорожная больница станции Андижан, Андижан, Узбекистан*

**Аннотация:** Статья рассматривает гипергонадотропный гипогонадизм у женщин в репродуктивном периоде. Причины возникновения, подходы к диагностике и лечению, а также методы профилактики бесплодия.

**Ключевые слова:** гипогонадизм, метоболизм, яичники, гипофиз, аменорея, репродуктивная система, ЗГТ, бесплодие.

Проблема бесплодия в браке, несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении, остается острой медико-социальной проблемой современности [3, 10]. По данным ВОЗ (2021), при частоте бесплодия 15% и выше влияние его на демографические показатели значительно превышает суммарное влияние невынашивания и перинатальных потерь, в связи с чем данная проблема имеет не только медико-биологическое, но и важное социальное значение [8, 10, 11, 12].

По данным О.Н. Петрушенко [7], частота бесплодия на крупном промышленном предприятии, занимающемся автомобилестроением, составила 15,1%, что превышает критический уровень, определенный экспертами ВОЗ (15%), при котором бесплодный брак представляет собой государственную проблему вследствие значительного влияния на демографические показатели. Распространенность первичного женского бесплодия составила 4,5%, вторичного - 10,6% [7]. При этом показано, что бесплодие в браке обусловлено нарушением репродуктивной функции женщин в 83,1% случаев. У 16,9% супружеских пар, страдающих бесплодием, нарушения репродуктивной функции диагностированы у обоих супругов. В структуре причин женского бесплодия преобладают: трубно-перитонеальный фактор (38,5%), эндокринное бесплодие (27,7%) генитальный эндометриоз (23,0%) У 50,8% женщин бесплодие обусловлено сочетанием 2-4 факторов.

Установлено, что основными причинами неудовлетворенности медицинской помощью являются высокая стоимость обследования и лечения (84%), долгое время ожидания

приёма к врачу (75%), низкий уровень оснащения и недостаточная обеспеченность лекарственными препаратами лечебно-профилактических учреждений города (69%). Кроме того, формирование групп риска по развитию первичного и вторичного бесплодия на основе разработанных прогностических таблиц способствует реализации эффективных мероприятий по первичной профилактике заболевания [10].

К недоразвитию половых органов, гермафродитизму, крипторхизму, а также к сложным дефектам роста и развития приводят нарушения возникающие до 20-й недели эмбрионального развития.

При вторичном гипогонадизме наблюдаются нарушения функции органов и систем, связанных с гипофизом: эндокринной, нервной и репродуктивной. В результате гипогонадизм может проявляться аномально высоким ростом, бесплодием, избыточным весом, шестипалостью, недостаточностью развития гортани, задержкой физического развития, асимметрией лица и тела, снижением или полным отсутствием обоняния, недостаточной функцией надпочечников, снижением умственных способностей.

Гипогонадизм, возникший во взрослом возрасте, не влияет на физическое развитие, но в свою очередь имеет ряд характерных признаков, связанных с обменными, психологическими и репродуктивными нарушениями. Пациентам с этой формой заболевания присущи бледность и истончение кожных покровов, у них наблюдаются эпизоды бессонницы, быстрая утомляемость, ухудшение памяти, депрессивные состояния, увеличение молочных желез, уменьшение костной массы,

скачки артериального давления, уменьшение размеров предстательной железы и половых органов, формирование жировых отложений по женскому типу, эректильная дисфункция.

Гипогонадизм – болезнь, сопровождающийся недостаточностью функций половых желез и нарушением синтеза половых гормонов. Гипогонадизм, проявляется в недоразвитии наружных или внутренних половых органов, вторичных половых признаков, расстройством жирового и белкового обмена (ожирением или кахексией, изменениями костной системы, сердечно-сосудистыми нарушениями). Для диагностики и лечения данной болезни, как правило, осуществляется совместной работой эндокринологов, гинекологов и гинекологов-эндокринологов у женщин, андрологов - у мужчин.

Проявляется это заболевание как отсутствие менструаций (аменорея) или нарушения менструального цикла у женщин, эректильная дисфункция у мужчин, снижение полового влечения и бесплодие как у мужчин, так и у женщин. Выделяют две основные виды гипогонадизма; врожденный и приобретенный.

Далее рассмотрим основные причины женского гипогонадизма.

#### 1. Врожденные формы:

- Синдром Шерешевского — Тёрнера. Это хромосомное заболевание, при котором одна из X-хромосом отсутствует или в ней есть дефект. Кариотип при этом синдроме — 45X, а нормальный женский кариотип — 46XX. Для этого синдрома характерны недоразвитые яичники.

- Мозаичный кариотип (наличие клеток с разным набором хромосом) — 45X/46XX.

- Мозаичный кариотип с обязательным присутствием Y хромосомы или её участка, чаще всего встречается кариотип 45X/46XY.

- XY-дисгенезия гонад (синдром Свайера). У человека с этим нарушением мужской кариотип, но он выглядит как женщина и имеет все женские внутренние органы, кроме яичников.

- XX-дисгенезия. У человека женский кариотип, он выглядит как женщина, но не имеет яичников.

- Синдром резистентных яичников. Это нечувствительность яичников к гормонам гипофиза: фолликулостимулирующему (ФСГ) и лютеинизирующему (ЛГ), которые в норме

воздействуют на яичники и стимулируют рост фолликулов и выход яйцеклетки (овуляцию).

- Избыток галактозы — одного из основных источников энергии организма.

- Синдром нарушения гликозилирования 1-го типа. Это редкая врожденная ошибка углеводного обмена.

- Мутации гена рецептора ФСГ.

- Синдром Нунана. Это генетическая патология, которая характеризуется развитием у больных симптомов, похожих на болезнь Шерешевского — Тёрнера.

#### 2. Приобретенные формы:

- Инфекционные поражения яичников.

- Радиация.

- Преждевременная менопауза, или синдром истощения яичников.

- Травма яичников.

- Операция на яичниках.

- Химиотерапия (алкилирующие и анти-неопластические агенты).

- Аутоиммунные заболевания, например аутоиммунный оофорит, при котором собственная иммунная система атакует яичники.

- Прием токсичных веществ.

- Прием препаратов, которые подавляют синтез половых гормонов: блокаторов стероидогенеза, блокаторов ароматазы и т. д.

В зависимости от причин возникновения, различают такие формы заболевания:

- Первичный гипогонадизм (гипергонадотропный).

Основной причиной является органическое нарушение самого яичника, произошедшее вследствие аномалий развития, поликистоза, инфекционных или аутоиммунных поражений. При этом избыточное выработка гормона гонадотропина в гипофизе оказывает существенное влияние на яичник. Но так как он поврежден, ответная реакция на данную стимуляцию не возникает. Вследствие этого уровень гонадотропина в крови значительно возрастает и это стимулирует нарушению обмена веществ, что в результате происходит аменорея или нарушения менструального цикла у женщин.

- Вторичный гипогонадизм (гипогонадотропный).

При такой форме нарушается функция яичников, однако, признаков их патологии нет. Причиной этому могут быть заболевания гипоталамуса и гипофиза вследствие инфек-

ционных поражений, различных травм, злокачественных или доброкачественных новообразований, ишемии. При этом избыточное выработка гормона гонадотропина в гипофизе оказывает отрицательное влияние на яичник.

### **Симптомы гипогонадизма у женщин**

Клинические проявления патологии зависят от степени выраженности недостатка женских половых гормонов, а также от возрастного периода, в котором началось заболевание.

У девушек гипогонадизм, возникший до периода полового созревания проявляется в виде недоразвития органов репродуктивной системы (гипоплазии органов малого таза и молочных желез). У женщины - деформации скелета, нарушение размера и формы таза. Характерные симптомы женского гипогонадизма — отсутствие вторичных половых признаков. Оволосение в подмышечных и лобковой области, рост груди, начало менструации, формирование женственной фигуры за счет отложения жировой ткани на бедрах и ягодицах.

При осмотре у больной наблюдаются:

- недостаточное оволосение тела;
- узкий таз;
- отложение жировых масс по мужскому типу;
- небольшие молочные железы;
- плоские ягодицы;
- нарушение менструаций.

Гипогонадизм, возникший после периода полового созревания. У женщин наблюдаются такие проявления, как нерегулярные менструации или даже полное их прекращение. Со временем происходит атрофия органов репродуктивной системы, редют волосяные покровы в подмышечных впадинах и на лобке. Появляются симптомы климакса: сухость слизистых оболочек, остеопороз, внезапные приливы, повышенная потливость.

### **Осмотр.**

Осмотр данного синдрома зависит от времени появления, вида формы гипогонадизма. Так как до полового созревания у девочек возможно отсутствие первых признаков гипогонадизма. В возрасте старше 13 лет можно заметить специфическое проявление, такого как остановка роста молочных желез или же отсутствие менструации в возрасте

16 лет и старше. При гинекологическом осмотре наблюдается недоразвитость внутренних и наружных половых органов, атрофия слизистой оболочки вульвы и влагалища. Несмотря на это, другие отклонения при осмотре торможения развития яичников не обнаруживаются.

### **Лечение гипогонадизма у женщин.**

Если в кариотипе есть мужская Y-хромосома или её фрагмент, то чаще всего яичники удаляют до 20 лет из-за высокого риска их злокачественного перерождения. После удаления яичников проводят заместительную гормональную терапию (ЗГТ) до возраста естественной менопаузы (как правило, она наступает в 46–50 лет) для профилактики осложнений, таких как остеопороз. Лечение начинают с назначения эстрогенов в форме таблеток или пластырей, далее переходят на циклическую гормональную терапию с добавлением гестагенов. Для стимуляции роста также применяют малые дозы гормона роста [1][2].

В случае опухолях гипофиза - лечение хирургическое. ЗГТ требуется, если гипофиз перестал вырабатывать гормоны. Объём терапии зависит от результатов клинических и лабораторных исследований, как правило, ЗГТ в этом случае проводится пожизненно или до возраста физиологической менопаузы, если речь о половых гормонах.

При врождённом вторичном гипогонадизме также требуется ЗГТ [1][2]. Половое созревание в этом случае стимулируется препаратами эстрогенов. При появлении на УЗИ фолликулов в яичниках, повышении уровня эстрогенов и появлении менструально-подобных выделений к терапии добавляют прогестерон, чтобы предотвратить гиперплазию эндометрия и установить регулярный менструальный цикл. Если выделений нет, значит эстрогена недостаточно и терапию нужно скорректировать.

Если пациентка хочет забеременеть, проводят стимуляцию овуляции [3][4]. При успешном зачатии женщину будет наблюдать акушер-гинеколог согласно клиническим рекомендациям по нормальной беременности.

При гипогонадизме, который связан с синдромом резистентных яичников, проводят менопаузальную гормональную терапию двух- и трёхфазными эстроген-гестагенными

препаратами до возраста физиологической менопаузы [1].

В случаях функционального гипогонадизма и синдрома гиперторможения яичников специфическую терапию не проводят. Пациентке нужно нормализовать режим сна и отдыха, питание и отменить КОК, тогда система гипоталамус-гипофиз-гонады восстановится самостоятельно в течение 3–4 месяцев [1].

#### Прогноз. Профилактика

При первичном гипогонадизме пациентка не сможет забеременеть самостоятельно, но благодаря программам вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с донорской яйцеклеткой женщина может забеременеть и родить [3]. Если обнаруживаются отклонения, у подобных пациенток имеется повышен риск развития опухолей яичников, поэтому им рекомендуется регулярно посещать гинеколога и проходить дополнительные обследования.

При врожденном вторичном гипогонадизме рекомендовано применение ВРТ со стимуляцией овуляции [3]. Спонтанная беременность чаще всего невозможна. При функциональном гипогонадизме способность к зачатию восстанавливается, когда исчезают провоцирующие факторы. Если беременность не наступает в течение года у женщин до 35 лет и в течение 6 месяцев у женщин старше 35 лет, также требуется стимуляция овуляции [3].

В данных вышеперечисленных случаях пациентки могут выносить ребёнка самостоятельно. Беременность протекает под строгим наблюдением акушер-гинеколог согласно рекомендациям по нормальной беременности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Эндокринология: национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 832 с.

2. Российская ассоциация эндокринологов. Гипогонадизм у детей и подростков: клинические рекомендации. — 2016. — 23 с.

3. Российское общество акушеров-гинекологов. Женское бесплодие: клинические рекомендации. — 2021. — 82 с.

4. Российское общество акушеров-гинекологов. Аменорея и олигоменорея: клинические рекомендации. — 2021. — 57 с.

5. Исмаилов С.И., Халимова З.Ю., Урманова Ю.М., Алиева Д.А., Сафарова Ш.М.,

Ходжаева Ф.С. Структура причин бесплодия у мужчин и женщин в г. Ташкенте и Ташкентской области Республики Узбекистан по данным скрининга // МЭЖ. 2014. №4 (60). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-prichin-besplodiya-u-muzhchin-i-zhenschin-v-g-tashkente-i-tashkentskoy-oblasti-respubliki-uzbekistan-po-dannym-skrininga> (дата обращения: 07.09.2022)..

6. Marshall L. A. Clinical evaluation of amenorrhea in active and athletic women. Clin. Sports Med. 1994; 13: 371–87.

7. Иловайская И.А. Этиология приобретенного гипопитуитаризма у взрослых. Доктор Рун. 2010: 7 (58, ч. 2): 8–13.

8. Гипогонадотропный гипогонадизм у женщин. ФГБУ Эндокринологический научный центр Минздравсоцразвития России, Москва, Россия; ГБУЗ МО Московский Областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия. <https://m.r-tf.ru/gipogonadizm>

9. Гипогонадизм женский. <https://altravita-ivf.ru/informatsiya-dlya-patsientov/spravochnik-zabolevanij/gipogonadizm-zhenskij-sz.html>

10. Atadjanova, S., Abdurayim A., Melieva D., Akbarova P., & Nuritdinova G. (2022). Clinical and anamnestic features of the dynamics and transformation of iron-deficiency anemia in adolescent girls. International Journal of Scientific Pediatrics, (3), 05–22. <https://doi.org/10.56121/2181-2926-2022-3-05-22>

11. Маматхуджаева Г. (2022). Современное состояние исследований особенностей эпидемиологии и диагностики ожирения у детей и подростков (обзор литературы). Международный журнал научной педиатрии, (3), 23–34. <https://doi.org/10.56121/2181-2926-2022-3-23-34>

## Article

# ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕМИССИИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРИМЕРЕ ШИЗОФРЕНИИ

Маматхонов М.М. *1 Андижанский государственный медицинский институт, ассистент, Андижан, Узбекистан.*

**Аннотация:** В этой статье будет рассказано о проблеме анализа и оценки непсихотических стадий шизофрении, распространенного типа эндогенного заболевания, и это заболевание является одной из важнейших теоретических и практических проблем клинической психиатрии. Традиционно термин «непсихотические стадии» относится к продромальной стадии заболевания и ремиссии, при этом психотические симптомы не выявляются или временно исчезают (ослабевают).

В статье вновь собраны обширные материалы о взглядах исследователей на проблему ремиссии в мировой психиатрической литературе за последнее столетие, а также о других неуправляемых периодах, таких как продром, результаты.

В статье предлагаются различные принципы, основанные на типологической дифференциации неспецифических этапов, что позволяет применять их к различным целям и задачам соответствующего исследования.

**Ключевые слова:** эндогенная заболевания, ремиссия, профилактика, прогнозирования.

**Актуальность.** При эндогенных заболеваниях ремиссии, формирующиеся при специфических формах психоза, являются одной из наиболее обсуждаемых стадий. Как отмечают многие исследователи [3], большая часть психопатологической картины ремиссии связана с глубиной негативных изменений, определяющих уровень социальной и профессиональной активности пациента [6]. В связи с этим выявление закономерностей формирования ремиссий, оценка их прогностического значения играют важную роль в разработке адекватных подходов, помогающих поддерживать оптимальный уровень социальной и трудовой адаптации пациентов. Психопатологические расстройства являются важной характеристикой ремиссий, они функционируют как четкие признаки, отражающие определенные паттерны траектории развития шизофрении [2].

Известно, что первый психотический эпизод шизофрении, одного из эндогенных расстройств, часто включает продром, характеризующийся симптомами на непсихотическом уровне и ухудшением когнитивных и социальных функций [4]. Эта стадия проявляется накоплением симптомов, определяющих структуру психотического состояния [1]. Ранее предпринимались попытки выделить симптомы первых допсихотических стадий развития болезненного процесса, которые становятся актуальными после проявления психоза и де-

монстрируют связь со снижением социальной активности. Так, в 1959 году В. Янсарик описывает начальную стадию «препсихотического дефицита», характеризующуюся в основном негативными симптомами: снижением интереса, спонтанности, жизнестойкости и эмоциональной реактивности. Понимая, что «палитра» этих препсихотических симптомов часто остается неизменной даже в период ремиссии, после психотического эпизода он пришел к выводу, что остаточный синдром является результатом основного болезненного процесса.

Согласно современной концепции концепции развития эндогенного процесса, прежде всего, необходимо различать эффективные психопатологические симптомы и расстройства дефицитарного круга. Различают трудности в стадии ремиссии, такие как аутичное поведение, эмоциональная сглаженность, аболитические расстройства и ряд других заболеваний, такие проявления могут быть на фоне внешнего выражения позитивных расстройств, в частности депрессивного настроения. [5]. Аффективные расстройства могут существенно изменить стабильную картину ремиссии. В таких случаях речь идет о широком спектре стертых, латентных, редуцированных депрессий, протекающих с ослаблением признаков жизнестойкости, что создает необходимые условия для возникновения

других психопатологических образований, которые носят «фасадный» характер и часто создают впечатление серьезного расстройства на фоне из стертых. «замаскированные» депрессии. Эти факторы [1], согласно данным литературы, способствуют возникновению различных вариантов клинической картины ремиссии.

Таким образом, из-за выраженного торможения мышления и моторики, депрессивных эффектов двигательная диспластичность может давать кататонический фронт ремиссии (называемый дискинетической ремиссией). Выраженные сенестопатические, парестетические и ипохондрические симптомы на приглушенном фоне влияют на цветовую клиническую картину ремиссии с «невротическими» признаками. То же самое можно сказать и о параноидальных «масках», формирование которых в период ремиссии интерпретируется как признак, интерпретируемый как «остаточные» явления — убеждения, обвинения, более характерные для депрессии. Однако попытки отдельно рассмотреть роль и вклад продуктивных или негативных заболеваний на непсихотических стадиях часто оказываются бесперспективными. Рассмотрение психопатологической «мозаики» первых ремиссий на ранних стадиях течения шизофрении, в частности, определение вклада феномена «перекрытия» с другими психопатологическими заболеваниями, представляется задачей, достойной отдельного обсуждения [8]. Таким образом, корреляция негативных заболеваний и осевых, сквозных эффективных симптомов представляет особый интерес, особенно в структуре ранних стадий шизофрении.

**Цель исследования.** Цель данного исследования - выявить основные клинические и психопатологические модели ведения начальной стадии шизофрении, продемонстрировать корреляции с последующим клиническим и социальным прогнозом и профилактикой заболевания.

**Материал и методы исследования.** Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 60 пациентов, обратившихся в АВПНД с диагнозом шизофрения, и провели у них обследования.

**Результаты исследования.** Дифференциальная диагностика различных форм

шизофрении основывается прежде всего на оценке расстройств, обуславливающих скорость темпа прогрессивности болезненного процесса, и обнаружении признаков шизофренической дефицитарности. В исследовании осуществлен транссиндромальный клинико-психопатологический анализ неманифестных этапов с учетом варианта сочетания негативных, относимых к реестру первичных негативных (снижение экспрессивности аффекта, нарушение внимания, снижение психической активности, аутизация, алогия, абulia) и «сквозных» позитивных расстройств, образующих в итоге некоторые дискретные совокупности.

В основу разделения ремиссий, возникающих на начальном этапе течения шизофрении, был положен принцип лонгитудинального (включая и ретроспективную оценку) наблюдения с установлением динамических корреляций дефицитарных расстройств и позитивной симптоматики, сопряженных к формированию структуры ремиссии. В зависимости от преобладания одного из факторов дефицитарного симптомокомплекса были выделены следующие модели: группа ремиссий с доминированием дефицитарного фактора экспрессии и группа ремиссии с преобладанием дефицитарного фактора апатии. В каждой из групп были представлены варианты ремиссий без сопряженной продуктивной симптоматики (латентный уровень); с сопряженной симптоматикой, отражающей непрерывный характер процесса (субклинический уровень), и ремиссии с сопряженной редуцированной продуктивной симптоматикой психотического периода (резидуальный уровень).

Для группы ремиссий с доминированием дефицитарного фактора экспрессии, которые наблюдали у 42,2% больных, характерными были астенические ремиссии, ремиссии по типу нажитой циклотимии, ипохондрические ремиссии, в том числе ремиссии с явлениями диспсихофобии, моральной ипохондрии, психастенические ремиссии, параноидные, ремиссии по типу «носителей голосов». Чаще данные варианты ремиссий отмечены у лиц, заболевших в юношеском возрасте. В качестве одного из первых и основных признаков данного типа выступает эмоциональное уплот-

щение, нивелируется способность к анализу и переработке эмоционального опыта, нарушается нюансировка межличностных отношений. Анализ динамики становления ремиссий показал, что первичными оказались снижение общего тонуса с констатацией интеллектуального дискомфорта, потеря способности к сложной, аналитической интеллектуальной деятельности.

Для ремиссий, клинический тип которых проявлялся в виде «нажитой» циклотимии, дистимии, по типу диспсихофобии или моральной ипохондрии, продолжительность заболевания составляла в среднем 2,5—3,2 года. Формирование дефицитарных расстройств происходит за фасадом аффективной патологии гипотимического полюса. На этапе первой ремиссии пациенты, как правило, обладали низкой эмоциональной устойчивостью, демонстрировали нестабильность своего состояния, эпизоды дисфории, краткие квазипсихотические эпизоды с актуализацией расстройств невротического и аффективного регистров наряду с гиперболизацией черт тревожности, неуверенности, эскапизма, отказ от решения своих функциональных проблем и трудных ситуаций. При формировании варианта ремиссий с соучастием редуцированных продуктивных расстройств психотического периода были отмечены ремиссии параноидные с резидуальным бредом, по типу «носителей голосов», дискинетические. Данный тип характеризовался большей стабильностью проявлений и длительностью, но с более низким ее качеством.

Группа ремиссий с доминированием дефицитарного фактора апатии состояла из 57,8% наблюдений. Эти ремиссии формировались у пациентов, заболевших в подростковом возрасте, при длительности заболевания не менее 4,2—5,1 года. В основании формирования этой группы ремиссий лежат дефицитарный симптомокомплекс с преимущественным нарушением мотивационного компонента психической деятельности. Дефицитарные расстройства выступают в качестве очерченных и проявляются в виде ослабления витальных стимулов (побуждений) при незначительном снижении общей психической активности. Отмечались такие типы ре-

миссий, как ремиссии по типу «астенической шизоидизации», по типу «стенической шизоидизации»; ремиссии с регрессивной синтонностью, аутистические, ремиссии по типу «новой жизни», типа фершробен, дискинетические), апатические ремиссии. Большинство пациентов этой группы в ремиссии демонстрировали такие признаки, как резкое сужение спектра социальной активности, тотальный инфантилизм, зависимость, узость интересов и парадоксальность эмоциональных реакций, потребность в постоянной паттернализации. При относительной сохранности энергетического потенциала они демонстрировали свою социальную беспомощность, проявляющуюся прежде всего в реализации социальной и учебной адаптации.

Анализ динамики состояний указал на устойчивое присутствие таких проявлений, как апатия, снижение потребности в эмоциональном контакте, утрата способности получить удовольствие. Заболевание на начальном этапе характеризуется медленным, непрерывным течением, активность эндогенного процесса реализуется в форме затяжных субдепрессивных фаз с явлениями аутопсихической деперсонализации (отчуждение эмоций, собственных психических функций). Многообразные субъективные проявления, характерные для стадии «базовых расстройств», если таковые имели место, утрачивают признаки субъективной переработки, возникшие изменения приобретают характер аутентичности.

Для варианта ремиссии с соучастием расстройств невротического регистра с формированием сверхценных симптомокомплексов наиболее инертными в плане динамики оказывались невротические расстройства и сверхценные образования (увлечение коллекционированием, особыми способами самолечения и физической закалки и т. п.), возникшие, еще до развития манифестных приступов («сквозная» симптоматика), эти явления оставались в дальнейшем почти без изменений. В случае наличия паранойяльных идей, наблюдавшихся на доманифестном этапе, в ремиссиях они чаще полностью редуцируются, при сохранении готовности к формированию ситуационно обусловленных паранойяльных реакций. При сохранении продуктивных нару-

шений перенесенного психотического этапа они несли черты монотонности и стереотипности проявлений.

В современных исследованиях шизофрении угасание эмоциональной жизни и волевой активности выводится в качестве кардинальных признаков формирующегося синдрома дефицита. Однако ряд проявлений, трактуемых как негативные и обнаруженных в период первых ремиссий, не были в истинном смысле дефицитарными и оказались в большей или меньшей степени обратимыми. При наблюдаемом синдромологическом полиморфизме удаление от возраста начала и манифестации в известной мере «стирает» наличие оттенков психопатологических расстройств, лишая возможности выделения прогностически определяющих компонент.

**Вывод.** Рассмотрение дефицитарных расстройств с позиции двухфакторной модели позволяет определить не только степень прогрессивности, но и весьма существенно сказывается на проявлении картины психопатологических расстройств в ремиссии, что в значительной степени определяет различия между ними.

Механизм привлечения к анализу ремиссии профиля дефицитарных расстройств с учетом их доминирующего компонента был оправдан только с привлечением системы проспективного обоснования при их сопоставлении, т. е. катamnестического доказательства.

Нарушения, регистрируемые в доманифестном периоде, имеют биологическую близость с болезненным процессом и несут прогностическое значение для типа течения болезни. Именно поэтому оценка ремиссий, протекающих с дефицитарными расстройствами, оказалась важной не столько для квалификации собственно психопатологического варианта ремиссии, сколько как самостоятельная, прогностически значимая характеристика, способствующая определению темпа прогрессивности шизофрении.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Аведисова А.С. Ремиссия: новая цель терапии и новые методы ее оценки // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2014. - № 4. - С. 156-158.

2. Бобров А.С., Петрунько О.В. Депрес-

сивные расстройства: междисциплинарный подход // Бюллетень ВШЦ СО РАМН. Здоровье населения Иркутской области: проблемы и пути решения: Материалы научно-практической конференции. - 2013. - № 3. - С. 26-30.

3. Петрунько О.В., Клименко О.Г. Инвалидность вследствие аффективных нарушений в Иркутской области по обращаемости в бюро медико-социальной экспертизы // Бюллетень ВШЦ СО РАМН. - 2013. - № 2 (90), Ч. 1. - С. 107-110.

4. Depression in Primary Care. Vol. 2. Treatment of Major Depression. Rockville M.D.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, AHCPR, 1993. (No. AHCPR Publication Nos. 93-0551).

5. Keller M.B. Issues in treatment-resistant depression // J. Clin. Psychiatry. - 2005. - Vol. 66 (suppl. 8). - P. 5-12.

6. Nemeroff C.B. Prevalence and management of treatment-resistant depression // J. Clin. Psychiatry. - 2007. - Vol. 68 (suppl. 8). - P. 17-25.

7. Thase M.E. Achieving remission and managing relapse in depression // J. Clin. Psychiatry - 2003. - Vol. 64 (suppl. 18). - P. 3-7.

8. Abdumuxtarova, Madina. «ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (обзор литературы).» Международный журнал научной педиатрии 1 (2022): 01-13.

## Article

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Исмаилов У.С.<sup>1</sup>  Курбонов А.Р.<sup>2</sup> 

1. Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой Общая хирургия, Ташкент, Узбекистан.

2. Республиканская клиническая больница №1, Ташкент, Узбекистан.

**Аннотация.**

В этой статье будет рассказано об оценке энтерального питания при разных заболеваниях у послеоперационных больных. Это направление является одной из важнейших теоретических и практических проблем клинической хирургии. Термином энтерального питания можно считать методику лечебного или дополнительного питания необходимыми продуктами. Всасывание продукта происходит физиологически при употреблении через ротовую полость, через желудочный или кишечный зонды, то есть через слизистую оболочку пищеварительной системы. Хирургический пациент часто находится в группе людей с хроническим расстройством питания, чаще при заболеваниях пищеварительной системы. В таких ситуациях необходима пищевая поддержка, то есть энтеральное питание, так как оно является физиологичным, поддерживая структуру и функциональность кишки и стимулирует секрецию её гормонов, предотвращая атрофию слизистой оболочки кишечника. Энтеральное питание является физиологичным и дешевым питанием, не требующее стерильности и не вызывающее критических последствий. При невозможности естественного приема пищи питание осуществляется наиболее приемлемыми в этом случае способами через гастро- или еюностомы. Имеется большое количество способов выполнения гастростомии для проведения питания, включая применение лапаротомии, эндоскопии и лапароскопии. В статье имеются материалы клиницистов по вопросу энтерального питания с момента развития этого направления, предоставляются принципы энтерального питания при различных заболеваниях в послеоперационном периоде, что позволяет выбрать оптимальный путь нутритивной поддержки.

**Ключевые слова:** энтеральное питание, послеоперационные больные, нутритивная поддержка, желудочно-кишечный тракт.

Актуальность. Энтеральное питание у больных, которые перенесли оперативные вмешательства является одной из наиболее важных задач в абдоминальной хирургии. Сложность проблемы заключается в выборе наиболее оптимального пути введения энтерального питания.

В зависимости от характера патологического процесса методы назначения энтерального питания имеют индивидуальные показания и противопоказания.

Энтеральное питание играет важную роль в нормализации обмена веществ у пациентов, которые перенесли операции на органах пищеварительной системы в раннем послеоперационном периоде. Одним из важнейших аспектов раннего энтерального питания является повышение активности анаболических процессов, восстановление гомеостаза и иммунной системы в ответ на заболевание

В послеоперационном периоде в образовании белково-энергетической недостаточности и нарушений обмена веществ большое

значение имеет развитие синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма, которые являются неспецифическим синдромом острого системного воспалительного ответа на агрессию, то есть хирургическое вмешательство. Отмечается, что нарушение функций желудочно-кишечного тракта в виде синдрома кишечной недостаточности, которое обусловлено характером и объемом оперативных вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта, не только формирует и поддерживает нарушения обмена веществ, полиорганную недостаточность, но и является лимитирующим фактором энтерального питания

Исходя из вышеизложенного, энтеральное питание в послеоперационном периоде требует выполнения программы, где учитываются метаболические нарушения, которые характерны для того или иного заболевания/состояния, суточного определения потребностей в необходимых веществах и энергии, и наличия набора питательных смесей как общего, так и специального назначения.

Организация и улучшение эффективно-

сти энтерального питания в лечении больных с различными заболеваниями является одной из важнейших задач современной медицины

Цель исследования. Оценить эффективность энтерального питания при различных заболеваниях послеоперационных больных.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами цели мы использовали клинические работы исследователей, литературные данные, а также опыт работы практикующих врачей.

Результаты исследования.

По данным истории медицины, в литературе описаны попытки зондового внутрижелудочного питания в конце в XVII и начале XVIII веков. В 1793г. английский хирург Дж. Хантер (Hunter J.) использовал в качестве желудочного зонда китовый ус, который был обернут кожей угря. Пациенту с поражением черепных нервов он вводил в желудок зондовое питание, которое состояло из молока, яиц, сахара, студня.

Наложение гастростомы является одним из основных путей обеспечения энтеральным питанием, когда отсутствует возможность установки назогастрального зонда, например при опухолевом поражении пищевода. Операции гастростомия и ее теорию обосновали в 1837 году норвежский хирург Egeberg и в 1842 году профессор Московского университета В.А. Басов. В 1876 году французским хирургом Вернеем было впервые успешно наложена гастростома для энтерального питания. Впервые в 1858 году W. BushO провел энтеральное питание через фистулу тощей кишки. На протяжении последующих десятилетий такими известными хирургами как Витцель, Топровер, Кадер, Фолей, Юдин и др. разрабатывались различные способы наложения гастростомы. В настоящее время в литературе опубликовано более 100 модификаций гастростомии, которая может быть наложена временно или постоянно, в зависимости от показаний к операции, а также около 30 методов еюностомий - подвесных, трубчатых, губовидных, инвагинационных и инвагинационно-клапанных.

В 1980 г. M. W. Gauderer и J. L. Ponsky первыми на практике использовали чрескожную эндоскопическую гастростомию, которую

можно модифицировать в чрескожную эндоскопическую еюностомию для обеспечения как еюнального питания, так и декомпрессии желудка.

Рассмотрены результаты лечения 89 пациентов с новообразованиями желудка (55%) и поджелудочной железы (45%), находившихся на лечении в хирургическом отделении и ОРИТ ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко», ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ». Мужчин было 71 (79,8%), женщин — 18 (20,2%). Средний возраст пациентов составил  $62,1 \pm 10,3$  года. Наряду с онкологическим заболеванием 32 (35,9%) пациента страдали сахарным диабетом 2 типа, 39 пациентов (44,1%) — хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и легких.

Пациентам были выполнены следующие хирургические операции: гастрэктомия — 27 (30,3%), субтотальная резекция желудка — 32 (36,0%), гастропанкреатодуоденальная резекция — 30 (33,7%).

Результаты эффективности нутритивной поддержки проводился при поступлении и на 1, 3, 5, 7–10-е сутки послеоперационного периода. Состояние метаболического и питательного статуса оценивали по данным исследований биохимии крови, результатам соматометрии, непрямой калориметрии. На всех этапах лечебного процесса следили за состоянием основных функций желудочно-кишечного тракта. При повышении содержания липидов происходит уменьшение дыхательного коэффициента, минутного объема вентилиации легких и проницаемости легочного эпителия. Восстановление активности ферментов, транспортной функции рецепторов и образование простагландинов и лейкотриенов происходит за счёт эссенциальных жирных кислот, оказывающие регуляторное влияние на иммунный статус.

В 1990-е годы Haydock и Hill определили взаимосвязь между нутритивным статусом пациентов, которые перенесли плановую абдоминальную операцию. Восстановление организмам и заживление ран у тех, кто хорошо питался был лучше, чем у тех, кто получал недостаточное количество пищи или недоедал. Эти исследования помогли определить способы улучшения питания послеоперационных

больных, а в последующих исследованиях появились эффекты различных типов и методов раннего энтерального питания в послеоперационном периоде.

В период с 2007 по 2014 года в клиниках Военно-медицинской академии сотрудниками кафедры общей хирургии выполнено наложение 395 чрескожных эндоскопических гастростом больным с различными нарушениями глотания, целостности и проходимости пищевода.

У 99,5% случаев манипуляции прошли успешно, за исключением в 2, где с первой попытки не получилось установить гастростому из-за технических сложностей. Следующие попытки увенчались успехом. Основные осложнения, которые возникли при установке чрескожных эндоскопических гастростом:

1. Инфекционные осложнения возникли в результате отсутствия должного ухода за гастростомической трубкой.

2. Кровотечение было ликвидировано после дополнительного прошивания сосуда и плотного прижатия желудка к передней брюшной стенке.

3. При перитоните была выполнена срочная операция с наложением гастростомы по Витцелю.

4. Выпадение гастростомической трубки наблюдалось в двух случаях на поздних этапах после выполнения гастростомии в результате неосторожного обращения пациентов.

Широкое внедрение в хирургическую практику метода эндоскопической гастростомии обеспечивает более качественное и надежное проведение энтерального питания больных, способствует улучшению результатов лечения и качества жизни, уменьшению количества осложнений.

Впервые в 1979 году изложены материалы исследования, которые посвящены эффективности раннего начала энтерального питания у больных, прооперированных по поводу заболеваний пищеварительной системы. Было исследовано 30 пациентов, которые были разделены на 2 группы: 15 из них получали энтеральную элементную смесь, в контрольной группе зонд использовался только для аспирации желудочного и кишечного отделяемого. Исследователи работы сообщали,

что в группе больных, получавших энтеральное питание, наблюдалось менее выраженное снижение массы тела ( $p < 0,01$ ), а также сокращались сроки госпитализации ( $p < 0,05$ ). При этом такое осложнение, как несостоятельность швов анастомоза, было зафиксировано только у одного пациента из контрольной группы. В дальнейшем схожие результаты были получены и другими исследователями

В 1994 г. вышла работа о применении раннего энтерального питания у больных после трансплантации печени. В исследование были включены 24 пациента, в том числе 14 получали энтеральное питание, 10 — полное парентеральное питание. При энтеральном питании использовали двухпросветные зонды: введение энтеральной смеси осуществляли через назоеюнальный порт в течение 18 ч с момента перенесенной операции. Ученные сделали вывод, что энтеральное питание хорошо переносится больными, при этом не отметили различий в течение раннего послеоперационного периода, а себестоимость лечения оказалась ниже в группе пациентов, получавших в раннем послеоперационном периоде энтеральное питание.

В 2009 г. были представлены результаты другого метаанализа, которые свидетельствовали о том, что задержка начала энтерального питания способствует увеличению показателей летальности и частоты возникновения инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

На 15-м Европейском конгрессе по травмам и неотложной хирургии, а также 2-м Всемирном конгрессе по травмам, проходивший 25–27 мая 2014 года во Франкфурте в Германии рассмотрены клинические ситуации 484 пациентов, перенесших резекцию кишечника в хирургическом стационаре период с января 2007 по декабрь 2012 год. Прооперированные больные начинали энтеральное питание в первые сутки после операций с положительным эффектом. По итогам обследований обнаружено понижение внутрибольничной смертности, легочных осложнений, продолжительности пребывания в больнице.

В период с января 2015 по декабрь 2019 года для выявления в опубликованных клинических работ на французском, английском, испанском и португальском языках из

CINAHL Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews и Pubmed использованы 9 рандомных клинических испытаний и 6 систематических обзоров. Большая часть статей, которые включены в этот обзор, указывают на преимущества ранней энтеральной терапии у пациентов, перенесших операции на желудочно-кишечном тракте, поскольку происходило быстрое восстановление функциональности кишки и уменьшение по времени нахождения на больничной койке, что, в свою очередь, снижает расходы на стационарное лечение.

В базах данных MEDLINE, Cochrane Library и Web of Science от 2019 года при анализе исследований 955 пациентов после панкреатодуоденэктомии оценивались пути чрескожного питания через зонд и питания через назоеюнальный зонд. Энтеральное питание ассоциировалось с меньшей частотой инфекционных осложнений и меньшей продолжительностью пребывания в стационаре, чем неэнтеральное питание.

В период с апреля 2021 года по апрель 2022 года проводились исследования по энтеральному питанию, где сообщается об улучшении восстановления больных первичным раком печени после гепатэктомии. Научные работы зарегистрированы в реестре исследований – регистр исследований 6275. Утверждение получено от Комитета по этике исследований первой народной больницы округа Чуньянь (A20201108).

Все методы энтерального питания имеют индивидуальные показания и противопоказания в зависимости от характера патологического процесса.

Вывод. Учитывая вышеизложенное можно сказать, что результаты исследований по эффективности использования смесей энтерального питания в комплексе послеоперационной нутритивной поддержки у пациентов говорят о высокой клинической эффективности, возможности выбора способа энтерального питания на основании конкретной клинической ситуации, что контролирует нарушения обмена веществ и полноценно удовлетворяет энергетические потребности организма, обеспечивает более естественный путь введения нутриентов, повышает эффективность реабилитационных мероприятий за счет программы

нутритивной поддержки.

Основываясь на этих выводах, можно предположить энтеральное питание является полезным и безопасным вмешательством в послеоперационном периоде желудочно-кишечного тракта.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Энтеральное и парентеральное питание: национальное руководство. Под ред. А.И. Салтанова, Т.С. Поповой. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014.

2. Askari R. Overview of perioperative nutritional support. Elmore JG & Roy-Byrne PP, eds. UpToDate. 2018

3. Сергиенко А.Д., Хороненко В.Э., Гамеева Е.В. и др. Влияние нутритивной терапии на показатели качества жизни больных раком желудка на этапе хирургического лечения. Исследования и практика в медицине. 2019;6(3):108–114. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-3-10.

4. Хомяков В.М., Хороненко В.Э., Ермошина А.Д. Проблема нутритивной недостаточности и методы ее коррекции у больных со злокачественными опухолями пищевода и желудка. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2016;5(5):33–37.

5. Обухова О.А. Стратегия питательной поддержки при проведении противоопухолевого лечения. РМЖ. 2009;22:1500–1504. [Obukhova O.A. Nutritional support strategy for antitumor treatment. RMJ. 2009;22:1500–1504 (in Russ.).

6. Сытов А.В., Лейдерман И.Н., Ломидзе С.В. и др. Практические рекомендации по нутритивной поддержке онкологических больных. Злокачественные опухоли. 2019;9:639–647. DOI: 10.18027 / 2224-5057- 2019-9-3s2-639-647.

7. Абдуллаев А.Г. Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России. Рак желудка. М., 2018.

8. Хомяков В.М., Ермошина А.Д. Коррекция нутритивной недостаточности у онкологических больных с использованием готовых смесей для перорального питания (сипинга). Исследования и практика в медицине. 2015;2(3):82–88. DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-3-82-88.

9. Салтанов А.И., Лейдерман И.Н., Снеговой А.В. Искусственное питание в поддер-

- живающей терапии онкологических больных. М.: МИА; 2012.
10. Боброва О.П., Зуков Р.А., Модестов А.А. Персонификация нутритивной поддержки при онкологических заболеваниях желудочно-кишечного тракта в периоперационном периоде. Сибирское медицинское обозрение. 2016;1:33–39.
  11. Хорошилов И.Е. Значение открытий А.М. Уголева для развития энтерального и парентерального питания. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2016;126(2):14–17.
  12. Бойко А.В., Геворков А.Р., Волкова Е.Э. и др. Нутритивная поддержка как обязательный компонент терапии сопровождения при лучевом и химиолучевом лечении больных с опухолями головы и шеи. Опухоли головы и шеи. 2017;7(1):50–60. DOI: 10.17650/2222-1468-2017-7-1-50-60.
  13. Siparsky N. Postoperative parenteral nutrition. In Cochran A & Seres D, eds. UpToDate. 2020.
  14. Sousa A, Martins C, Freitas O, Lourenço R. Manual de Nutrição Artificial. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos, 2003.
  15. Soares JE. Nutrição Artificial nos Serviços Farmacêuticos Hospitalares. (Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa). 2013.
  16. Mahmoodzadeh H, Shoar S, Sirati F, Khorgami Z. Early initiation of oral feeding following upper gastrointestinal tumor surgery: a randomized controlled trial. Surgery Today. 2015; 45(2): 203-208.
  17. Hebert G, Perry R, Anderson HK. Early enteral nutrition within 24 hours of lower gastrointestinal surgery versus later commencement for length of hospital stay and postoperative complications. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 22:CD004080.
  18. Willcutts K, Chung M, Erenberg C, Finn K, Schirmer B, Byham-Gray L. Early oral feeding as compared with traditional timing of oral feeding after upper gastrointestinal surgery. Annals of Surgery. 2016; 264(1): 54-63.
  19. Sun DL, Li WM, Li SM, Cen YY, Xu QW, Li YJ, Sun YB, Qi YX, Lin YY, Yang T, Lu QP, Xu PY. Comparison of multi-modal early oral nutrition for the tolerance of oral nutrition with conventional care after major abdominal surgery: A prospective, randomized, single-blind trial. Nutrition Journal. 2017; 16(1): 1-11.
  20. Li B, Liu HY, Guo SH, Sun P, Gong FM, Jia BQ. The postoperative clinical outcomes and safety of early enteral nutrition in operated gastric cancer patients. J BUON. 2015; 20(2): 468-472.
  21. Li B, Liu HY, Guo SH, Sun P, Gong FM, Jia BQ. Impact of early postoperative enteral nutrition on clinical outcomes in patients with gastric cancer. Genetics and Molecular Research. 2015; 14(2): 7136-7141.
  22. Luo Z, Wang J, Zhang Z, Li H, Huang L, Qiao Y, Wang D, Huang J, Liu J, Liu Y, Zhang Y. Efficacy of Early Enteral Immunonutrition on Immune Function and Clinical Outcome for Postoperative Patients With Gastrointestinal Cancer. J Parenter Enteral Nutr. 2018; 42(4): 758-765.
  23. Nikniaz Z, Somi MH, Nagashi S, Nikniaz L. Impact of Early Enteral Nutrition on Nutritional and Immunological Outcomes of Gastric Cancer Patients Undergoing Gastrostomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutr Cancer. 2017; 69(5): 693-701.
  24. Yan X, Zhou FX, Lan T, Xu H, Yang XX, Xie CH, Dai J, Fu ZM, Gao Y, Chen LL. Optimal postoperative nutrition support for patients with gastrointestinal malignancy: A systematic review and meta-analysis. Clinical Nutrition. 2017; 36(3): 710-721.
  25. Shimizu N, Oki E, Tanizawa Y, Suzuki Y, Aikou S, Kunisaki C, Tsuchiya T, Fukushima R, Doki Y, Natsugoe S, Nishida Y, Morita M, Hirabayashi N, Hatao F, Takahashi I, Choda Y, Iwasaki Y, Seto Y. Effect of early oral feeding on length of hospital stay following gastrectomy for gastric cancer: a Japanese multicenter, randomized controlled trial. Surgery Today. 2018; 48(9): 865-874.
  26. Edington J, Kon P, Martyn CN. Prevalence of malnutrition after major surgery. J Hum Nutr Diet. 1997;10:111–116.
  27. Osland E, Yunus RM, Khan S, et al. Early versus traditional postoperative feeding in patients undergoing resectional gastrointestinal surgery: a meta analysis. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2011;35:473–487.
  28. Kudsk KA. Early enteral nutrition in surgical patients. Nutrition. 1998; 14:541-544.
  29. Kudsk KA, Croce MA, Fabian TC, et al. Enteral versus parenteral feeding – effects

on septic morbidity after blunt and penetrating abdominal-trauma. *Ann Surg.* 1992;215:503–513.

30. Lee HS, Shim H, Jang JY, et al. Early feeding is feasible after emergency gastrointestinal surgery. *Yonsei Med J.* 2014;55:395–400.

31. Kaur N, Gupta MK, Minocha VR. Early enteral feeding by nasoenteric tubes in patients with perforation peritonitis. *World J Surg.* 2005;29:1023–1028.

32. Bozzetti F, Braga M, Gianotti L, Gavazzi C, Mariani L. Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2001;358:1487–92.

33. Braga M, Gianotti L, Gentilini O, Parisi V, Salis C, Di Carlo V. Early postoperative enteral nutrition improves gut oxygenation and reduces costs compared with total parenteral nutrition. *Crit Care Med* 2001;29:242–8.

34. Farreras N, Artigas V, Cardona D, Rius X, Trias M, González JA. Effect of early postoperative enteral immunonutrition on wound healing in patients undergoing surgery for gastric cancer. *Clin Nutr* 2005;24:55–65.

35. Schutte K, Tippelt B, Schulz C, et al. Malnutrition is a prognostic factor in patients with hepatocellular carcinoma (HCC). *Clin Nutr* 2015;34: 1122–7.

36. Koretz RL, Avenell A, Lipman TO. Nutritional support for liver disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:D8344.

37. Chow R, Bruera E, Chiu L, et al. Enteral and parenteral nutrition in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med* 2016;5:30–41.

38. Virizueta JA, Cambor-Alvarez M, Luengo-Perez LM, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report. *Clin Transl Oncol* 2018;20:619–29.

39. Liu CY, Chen KF, Chen PJ. Treatment of liver cancer. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2015;5:a21535.

40. Petrick JL, McGlynn KA. The changing epidemiology of primary liver cancer. *Curr Epidemiol Rep* 2019;6:104–11.

41. Hata T, Motoi F, Ishida M, Naitoh T, Katayose Y, Egawa S et al. Effect of hospital volume on surgical outcomes after

pancreaticoduodenectomy: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2016; 263: 664–672.

42. Nappo G, Perinel J, El Bechwaty M, Adham M. The standardization of pancreatoduodenectomy: where are we? *Pancreas* 2016; 45: 493–502.

43. Kagedan DJ, Ahmed M, Devitt KS, Wei AC. Enhanced recovery after pancreatic surgery: a systematic review of the evidence. *HPB (Oxford)* 2015; 17: 11–16.

44. Buscemi S, Damiano G, Palumbo VD, Spinelli G, Ficarella S, Lo Monte G et al. Enteral nutrition in pancreaticoduodenectomy: a literature review. *Nutrients* 2015; 7: 3154–3165.

45. Probst P, Keller D, Steimer J, Gmьr E, Haller A, Imoberdorf R et al. Early combined parenteral and enteral nutrition for pancreaticoduodenectomy – retrospective cohort analysis. *Ann Med Surg (Lond)* 2016; 6: 68–73.

46. Probst P, Haller S, Bruckner T, Ulrich A, Strobel O, Hackert T et al. Prospective trial to evaluate the prognostic value of different nutritional assessment scores in pancreatic surgery (NURIMAS Pancreas). *Br J Surg* 2017; 104: 1053–1062.

47. Hackert T, Probst P, Knebel P, Doerr-Harim C, Bruckner T, Klaiher U et al. Pylorus resection does not

reduce delayed gastric emptying after partial pancreatoduodenectomy: a blinded randomized controlled trial (PROPP Study, DRKS00004191). *Ann Surg* 2018; 267: 1021–1027.

## Article

# БУХОРО ВИЛОЯТИДА РЕСПИРАТОР АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Бабаджанова З.Х. *Бухоро давлат тиббиёт институти доценти, тиббиёт фанлари доктори, Бухоро, Ўзбекистон*

**Аннотация:** XXI асрнинг боши аллергик касалликларнинг (АЗ) ўсиши билан ажралиб турди. Аллергия касалликларининг кенг тарқалиши (аҳолининг 20% дан ортиғи) аллергия муаммосини глобал тиббий ва ижтимоий муаммога айлантди. Аллергия «цивилизация касаллиги» деб номланади. Бухоро вилоятидаги аллергик касалликларнинг ҳолатига ойдинлик киритиш мақсадида амбулатор-даволаш муассасалар амбулатор карталари ва касаллик тарихлари асосида аҳолининг мурожаатини ўрганиб чиқдик. Беморларнинг умумий сони (иккала жинс, ҳар хил ёш гуруҳлари) 1035 кишини ташкил этди. Кузатув бўйича беморнинг харитаси ишлаб чиқилди. Бухоро вилояти учун аллергик хасталиклари умумий касалликлар сингари долзарб бўлиб қолмоқда. Аллергик касалликларнинг тарқалиши деярли ҳар бир туман учун ўзига хос хусусиятларга ва фарқларига эга, аммо баъзиларни ўрганиш учун қўшимча илмий-тадқиқот ишларини олиб борилиши мақсадга мувофиқ.

**Калит сўзлар:** аллергик касалликлар, тарқалиш, фарқлаш хусусиятлари.

**Долзарблиги:** XXI асрнинг боши аллергик касалликларнинг (АЗ) ўсиши билан ажралиб турди. Аллергия касалликларининг кенг тарқалиши (аҳолининг 20% дан ортиғи) аллергия муаммосини глобал тиббий ва ижтимоий муаммога айлантди. Аллергия «цивилизация касаллиги» деб номланади [1].

Аллергия касалликлари аҳолининг энг ёш, меҳнатга лаёқатли аҳолисига таъсир этаётганлигини ҳисобга олсак, жуда катта меҳнат йўқотишлари, катта ижтимоий-иқтисодий зарар. Деярли ҳар бир шифокор, қайси мутахассислигидан қатъий назар, эртами-кечми аллергик касалликлар, дориларга, озиқ-овқат маҳсулотларига нисбатан мурасасизлик, кимёвий моддаларга ноодатий реакциялар ва бошқа кўп нарсаларга дуч келади [2,4,5, 6, 7].

Сўнгги йигирма йил ичида касалликнинг кескин кўтарилиши одамларга аллерген юкиннинг кўпайиши билан боғлиқ бўлиб, бу асосан атроф-муҳитнинг ифлосланиши билан боғлиқ. атмосфера ҳавоси, ичимлик суви, озиқ-овқат ва тупроқ, аллерген сифатида ҳаракат қилувчи кимёвий моддалар ва ҳозирги аср тиббий ва ижтимоий муаммоларни ҳисобга олган ҳолда аллергия асрига айланади(3).

Бухоро вилоятида кўп йиллардан буён кўрсатилган муаммо бўйича маълумотлар кам. Биз унинг баъзи жиҳатларини таҳлил қилишга ҳаракат қилдик.

**Изланиш мақсади.** Бухоро вилоятида респиратор аллергик касалликларнинг тарқа-

лишини ўрганиш ва таҳлил қилиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Бухоро вилоятидаги аллергик касалликларнинг ҳолатига ойдинлик киритиш мақсадида амбулатор-даволаш муассасалари амбулатор карталари ва касаллик тарихлари асосида аҳолининг мурожаатини ўрганиб чиқдик. Беморларнинг умумий сони (иккала жинс, ҳар хил ёш гуруҳлари) 1035 кишини ташкил этди. Кузатув бўйича беморнинг харитаси ишлаб чиқилди. Кузатиш бирликларининг йиғиндисини ушбу тадқиқотнинг статистик йиғиндисини ташкил этди.

Ўрганилаётган материални ишлаб чиқиш ва олинган натижаларни таҳлил қилиш учун дастлаб статистик жадвал (асосан гуруҳли ва кўшма) жадваллар тузилди. Биз объектив ва ишончли маълумотларни олишни таъминлайдиган ижтимоий-гигиеник, статистик, эпидемиологик, клиник ва бошқа усулларни қўлладик. Тадқиқот натижалари компьютер дастурлари тўплами ёрдамида қайта ишланди.

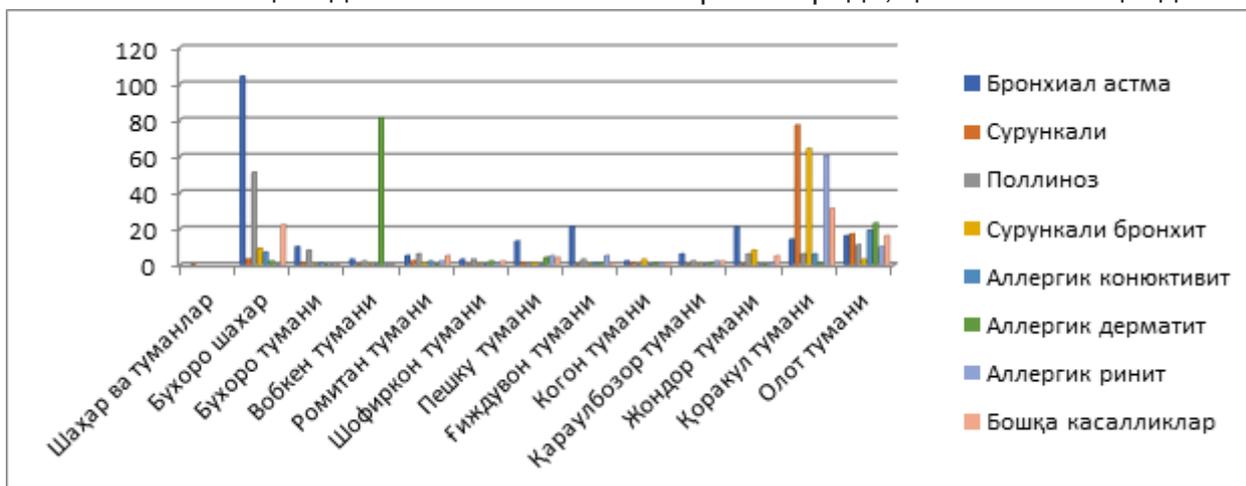
Ташхис мезонлари клиник, лаборатория ва инструментал тадқиқотлар натижаларига асосланди.

**Тадқиқотлар ва муҳокама натижалари.**

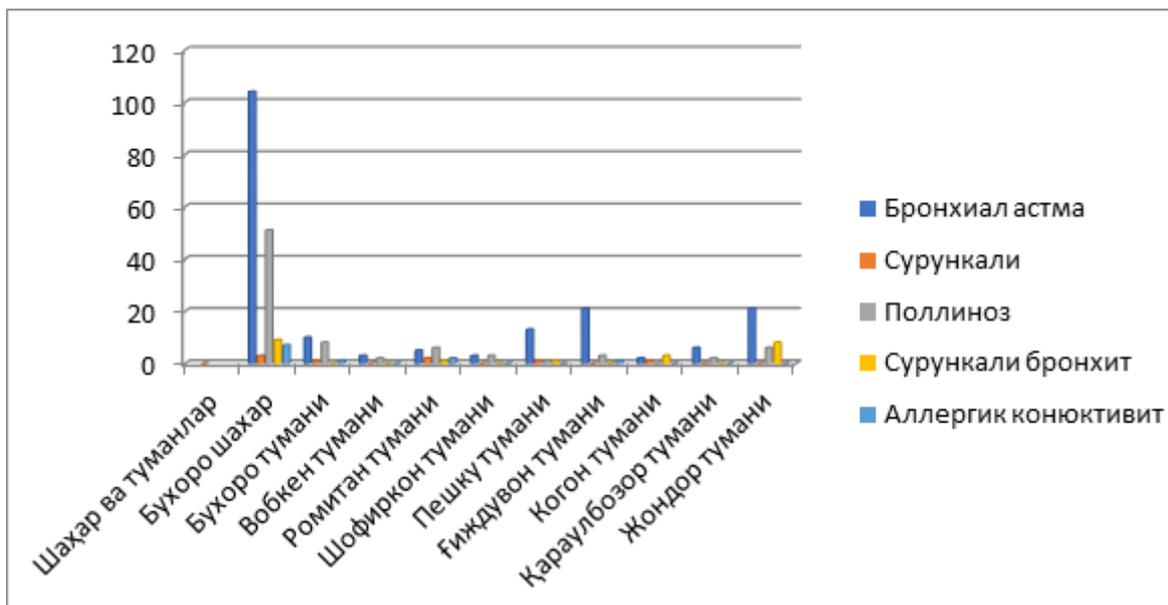
Жадвалдаги маълумотлардан кўриниб турибдики, аниқланган аллергик касалликлар орасида биринчи учликни: бронхиал астма (21,3%), аллергик конъюнктивит (20,5%) ва аллергик дерматит (12,8). %), нафас олиш йўллари аллергик касалликларининг умумий

сони (бронхиал астма, сурункали астматик бронхит, поллиноз, аллергик конъюнктивит, аллергик ринит) 69,4% ни ташкил қилди. Аллергия тарқалиши ушбу касалликлар туфайли юзага келганлиги аниқланди.

касалликлар (Бухоро шаҳар, Қорақўл, Олот, Жондор, Ромитан туманларида- учраш даражаси 11,1-26,1%), аммо бу маълум бир аҳамиятга эга бўлиб, улар бир қатор касалликларни бирлаштиради, қайсики яқка ҳолда касаллик-



Расм 1. Бухоро вилоятидаги аллергик касалликлар тўғрисида маълумотлар.



Расм 2. 2015-2019 йилларда касалхонада даволанган беморлар

Таҳлил шуни кўрсатадики:

1. Бухоро шаҳар, Ғиждувон, Жондор туманларида бронхиал астма устунлик қилади (учраш даражаси 44,8-65,6%);

2. Айрим туманлар учун (Вобкен, Олот) аллергик дерматит жиддий муаммо ҳисобланади (ўзига хос корреляция даражаси мос равишда 94,2 ва 56,5% га этади);

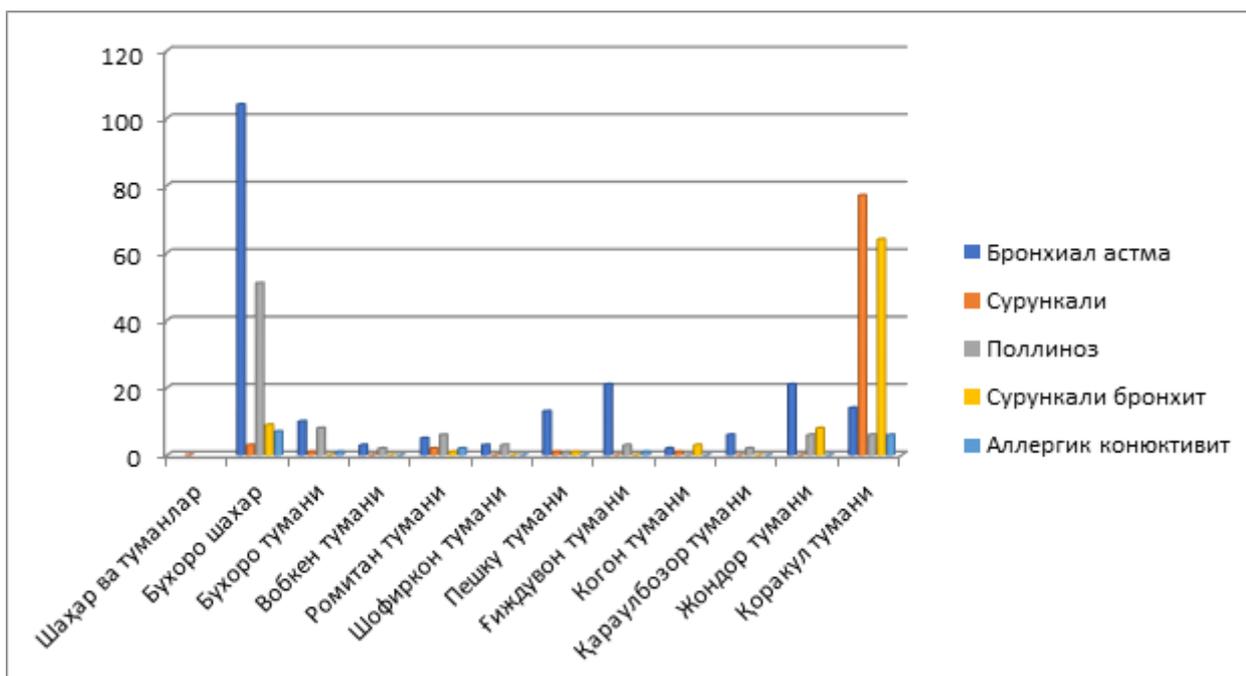
3. Бухоро шаҳар, Олот, Бухоро туманларида полиноз долзарб бўлиб қолмоқда;

4. Қорақўл, Жондор туманлари ва Бухоро шаҳарида сурункали бронхит - учраш даражаси 18,6-30,0% ни ташкил этди;

5. Айрим туманлардаги бошқа аллергик

ка таъсир этолмайди.

Вилоят кўп тармоқли клиник касалхонаси аллергология бўлимида касалликлар бўйича даволанган беморларни таҳлил қилганимизда, сон жихатдан бу кўрсаткич 2015(18,3%) йилдан 2017(21,1%) йилгача ўсиб бориб, кейинги йиллар камайганлиги аниқланди. Ўрганилаётган аллергик хасталиклар орасида бронхиал астма билан оғриб даволанганлар сони кўпчиликти ташкил этгани маълум бўлди. Кузатилаётган йиллар кесимида 2016 йилда бу кўрсаткич энг юқори бўлиб 618 та беморни ташкил этган бўлса, 2018 йилда эса бу кўрсаткич 497 тага тенг бўлган. Шунга мос равишда



**Расм 3.** 2015-2019 йилларда касалхонада даволанган беморлар ўрин кунлари

аллергик бронхит, дори аллергияси, атопик дерматит касалликлари йиллар давомида кўпайиб борган. Бунга сабаб аҳоли орасида дори дармонларга бўлган муносибат ва полипогмазия сабаб деб тахмин қилиш мумкин.

Шундай қилиб, юқорида айтиб ўтилганларни яқунлаб, қуйидаги хулосаларга келишимиз мумкин:

1. Аллергия касалликлари умуман Бухоро вилояти учун ҳам, алоҳида касалликлар учун ҳам долзарб бўлиб қолмоқда;

2. Аллергик касалликларнинг тарқалиши деярли ҳар бир туман учун ўзига хос хусусиятларга ва фарқларига эга, аммо баъзилар учун қўшимча илмий-тадқиқот ишларни таҳлил қилиб олиб борилишини изоҳлайди.

#### **Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Абелевич М.М., Тарасова А.А., Колпащикова И.Ф. и др. Эпидемиология бронхиальной астмы у детей Нижегородской области // Улучшение качества жизни при астме и аллергии: Сб. науч. работ. – СПб, 2016. – С. 3.

2. Аллаквердиева Л.И., Эюбова А.А., Исмаилов Т.А., Ахмедова И.А. Влияние экологических факторов внешней среды на распространённость и течение бронхиальной астмы у детей в г. Сумгатите // Пульмонология. – 2014. – №4. – С. 25.

3. Ахраров Х.Х. и др. Триггерные факторы атопического дерматита у детей дошкольного возраста // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2017. – Т. 20, №6. – С. 347-351.

4. Балаболкин И.И. Современные представления о патогенезе и терапии атопического дерматита у детей // Фарматека. – 2017. – №1 (334). – С. 53-60.

5. Ханферян Р.А., Оганова Е.В. Экологические факторы роста распространенности аллергических заболеваний в Краснодарском крае и г. Краснодаре, 2016.

6. Каримова Н. ., Шамсиев Ф. ., Абдуллаев С. . (2022). ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ИХ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ. Международный журнал научной педиатрии , (5), 21–24. <https://doi.org/10.56121/2181-2926-2022-5-21-24>

7. Pakirdinov A. ., Yunusova S. ., Abduraxmanov A., Khusainova Z., & Toshpulatova Sh. (2022). IMMUNOLOGICAL INDICATORS IN PATIENT CHILDREN WITH NEURODERMITIS IN THE PROCESS OF ACULINE AND REFLEX THERAPY AND THE APPLICATION OF THE DRUG BRONCHO - MUNAL. International Journal of Scientific Pediatrics, (4), 16–21. <https://doi.org/10.56121/2181-2926-2022-4-16-21>

## Article

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Фазилов Ш.К. 

Заведующий отделением нейрохирургии клинической больницы Андижанского государственного медицинского института, Андижан, Узбекистан

**Аннотация:** Анализ литературных данных показал, что первичные опухоли позвоночника встречаются редко, в большинстве случаев опухоли позвоночника являются вторичными, т.е. метастатическими. Среди них преобладают гемангиомы, миеломы и метастазы рака матки. **ЦЕЛЬ РАБОТЫ** - изучение эффективности различных оперативных вмешательств, предпринимаемых при опухолевых поражениях позвоночника. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Материалом для сравнительного анализа эффективности хирургических методов лечения послужили истории болезни 23 больных, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении клиник АГМИ и нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП в 2005 -2007 гг. Возраст больных - от 18 до 50 лет, давность заболевания - от 1 года до 3 лет. Мужчин было 16, женщин - 7. **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** В ближайшем послеоперационном периоде у 17 отмечалось полное исчезновение болевого синдрома, у 4 - значительное снижение их интенсивности, у 2 боли сохранились на предоперационном уровне. Регресс неврологических нарушений в послеоперационном периоде наблюдался у 18 прооперированных. Положительная клиничко-неврологическая динамика в ближайшем послеоперационном периоде имела место у 80-85% пациентов обеих групп. Однако со временем, при повторном обследовании через 6 месяцев и 1 год процент число больных с положительным результатом 1-й группы уменьшилось до 30 -40%.

Во 2-й группе число пациентов с положительными неврологическими изменениями и опороспособность тел пораженных позвонков оставались на прежних уровнях - 75 - 80%.

**Ключевые слова:** опухоли позвонка, эффективность хирургического лечения, клиничко – неврологическая динамика, сравнительный анализ.

Современное хирургическое лечение (ХЛ) обеспечивает локальный контроль за распространением опухоли, декомпрессию невральных структур и ликвидацию нестабильности позвоночного столба. Спектр оперативных вмешательств при опухолях позвоночного столба велик: от перкутанной радиочастотной абляции до резекции en bloc. Принципиальные факторы при выборе хирургического метода – предполагаемая природа опухоли и степень ее распространенности. W.F.Enneking и соавт. (1980) сформулированы 4 метода ХЛ опухолей костей: 1) внутриопухолевое удаление (кюретаж и кускование); 2) краевая резекция; 3) широкая резекция (в пределах здоровых тканей); 4) радикальная резекция en bloc [1]. При ДНО возможности ХЛ наиболее высоки. При остеонид-остеомах вследствие их небольших размеров активно применяют методы перкутанной абляции (радиочастотной, лазерной) [2]. При гемангиомах ХЛ показано при агрессивном типе течения [3]. J.D. Laredo и соавт. (1986) определили понятие «агрессивность гемангиом» [4]

и предложили рассматривать гемангиому как агрессивную при наличии 3 и более из 7 рентгенологических признаков: 1) расположение на уровне Th3–Th9-позвонков; 2) тотальное поражение тела позвонка; 3) распространение опухолевого процесса на ножку дуги позвонка; 4) костная экспансия с выпячиванием кортикального слоя с нечеткими краями; 5) неравномерная трабекулярная структура гемангиомы; 6) наличие эпидурального или паравертебрального компонента опухоли; 7) низкий сигнал на T1- и высокий – на T2-взвешенном изображении на МРТ, накопление контрастного препарата при проведении КТ.

Метод выбора – пункционная вертебропластика. Выделяют 2 клинические формы агрессивных гемангиом: осложненные (с экстравертебральным компонентом и клиническими признаками сдавления спинного мозга и корешков спинномозговых нервов) и неосложненные. Осложненные агрессивные гемангиомы встречаются крайне редко (1 % случаев) и требуют применения декомпрессионно-стабилизирующих вмешательств [5, 6]. При ДНО,

склонных к локальному инвазивному росту, общепринятой считается агрессивная хирургическая тактика. При остеобластомах рекомендуют радикальное удаление опухоли, которое дает лучшие результаты, чем внутриопухолевый кюретаж с послеоперационной лучевой терапией (ЛТ), кроме того, рекомендуют предоперационную эмболизацию сосудов опухоли, учитывая ее обильную васкуляризацию. При аневризматической костной кисте методом выбора служит радикальная резекция или удаление en bloc, так как частичное удаление и внутриопухолевый кюретаж дают большой рецидив НО (до 25–35,7 %) [7]. В качестве дополнения к нерадикальному хирургическому удалению аневризматической костной кисты Р. Tsagozis и соавт. (2015) рекомендуют склеротерапию или предоперационную эмболизацию сосудов опухоли [18]. Н. Aiba и соавт. (2018), напротив, сообщают о допустимости использования методики внутриопухолевого эндоскопического кюретажа при отсутствии риска патологического перелома [9]. При гигантоклеточной опухоли радикальная резекция также служит методом выбора, в отличие от кюретажа опухоли как единственного метода лечения (18 % риска рецидива vs. 71 %) [10]. При невозможности выполнения радикальной операции методом выбора, по мнению С. Martin и E.F. McCarthy (2010), служит предоперационная эмболизация и последующий внутриопухолевый кюретаж [10].

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ.** Изучение эффективности различных оперативных вмешательств, предпринимаемых при опухолевых поражениях позвоночника.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Материалом для сравнительного анализа эффективности хирургических методов лечения послужили истории болезни 23 больных, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении клиник АГМИ и нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП в 2005 -2007 гг. Возраст больных - от 18 до 50 лет, давность заболевания - от 1 года до 3 лет. Мужчин было 16, женщин - 7. Причинами обращения больных в стационар были появление неврологических нарушений и сильные боли в позвоночнике. По нозологическим формам поражения позвонков: гемангиомы-13 больных, метастазы

рака легких и матки -8 больных, гормональная спондилопатия - 2 больных.

При рентгенологическом исследовании картина патологического перелома тел позвонков выявлено у 12 больных, у остальных 11 на рентгенограммах в стандартных проекциях отмечалось разрежение костной структуры с образованием полостей и распространением процесса в сторону позвоночного канала. Уровень поражения позвоночника: Тн4-Тн5 - 7, Тн9 - ТнЮ - 14, Л5 - 2 больных. Таким образом, наиболее часто опухолевым процессом поражались средний и верхний отделы позвоночника.

С помощью МРТ-исследования устанавливали уровень поражения, локализацию опухоли, степень разрушения тел позвонков и компрессии спинного мозга, интраканальное или паравертебральное распространение опухоли.

На основании полученных данных были разработаны план и объем оперативных вмешательств. В зависимости от вида оперативного вмешательства больные разделены на 2 группы. У 9 больных 1-й группы выполнена декомпрессивная ламинэктомия с задней фиксацией грудопоясничного отдела позвоночника металлоконструкциями (пластинами

ЦИТО, ХНИИОТ). У 14 больных 2-й группы произведена декомпрессивная ламинэктомия с удалением опухоли тел позвонков и вертебропластикой (костный цемент, коллапан).

В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, нейростимуляторы. 14 больным в послеоперационном периоде назначена лучевая терапия на область пораженного позвоночного сегмента и химиотерапия.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** В ближайшем послеоперационном периоде у 17 отмечалось полное исчезновение болевого синдрома, у 4 - значительное снижение их интенсивности, у 2 боли сохранились на предоперационном уровне. Регресс неврологических нарушений в послеоперационном периоде наблюдался у 18 прооперированных.

Положительная клиничко-неврологическая динамика в ближайшем послеоперационном периоде имела место у 80-85% паци-

ентов обеих групп. Однако со временем, при повторном обследовании через 6 месяцев и 1 год процент число больных с положительным результатом 1-й группы уменьшилось до 30-40%.

Во 2-й группе число пациентов с положительными неврологическими изменениями и опороспособность тел пораженных позвонков оставались на прежних уровнях - 75 - 80%.

Анализ данных, опубликованных в последние 10 лет, показывает, что использование традиционных аутотрансплантатов и металлических пластинок сопряжено с послеоперационными осложнениями в виде рассасывания трансплантата с последующим нарастанием компрессии спинного мозга. Применение металлических пластинок в большинстве случаев приводит к ограничению движения позвоночного столба.

Поэтому в последние годы в вертебропластике широко используется безвредный и менее травматичный способ с использованием медицинского цемента и коллапана, что позволяет получить хорошие функциональные результаты.'

#### **ВЫВОДЫ:**

1. Проводимые декомпрессивно-стабилизирующие операции без удаления опухоли являются паллиативными оперативными вмешательствами, и которые не могут дать стойкого эффекта в отдаленные сроки после операции.

2. Операции с целью декомпрессии спинного мозга и его элементов, дополненные удалением опухоли и вертебропластикой композитными материалами, можно считать операциями выбора. Такие оперативные вмешательства в дальнейшем станут профилактикой прогрессирования последствий вторичных поражений.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Enneking W.E., Spanier S.S., Goodman M.A. A System for the surgical staging of musculoskeletal sarcoma. *Clin Orthop Relat Res* 1980;(153):106–20.

2. Tomasian A., Wallace A.N., Jennings J.W. Benign spine lesions: advances in techniques for minimally invasive percutaneous treatment. *Am J Neuroradiol* 2017;38(5):852–61. DOI: 10.3174/ajnr.A5084.

3. Wang B., Meng N., Zhuang H. et al. The role of radiotherapy and surgery in the management of aggressive vertebral hemangioma: a retrospective study of 20 patients. *Med Sci Monit* 2018;24:6840–50. DOI: 10.12659/MSM.910439.

4. Laredo J.D., Reizine D., Bard M., Merland J.J. Vertebral hemangiomas: radiologic evaluation. *Radiology* 1986;161(1):183–9. DOI: 10.1148/radiology.161.1.3763864.

5. Климов В.С., Косимшоев М.А., Евсюков А.В и др. Результаты дифференцированного хирургического лечения агрессивных гемангиом позвонков. *Хирургия позвоночника* 2018;15(1):79–90. [Klimov V.S., Kosimshoev M.A., Evsyukov A.V. et al. Results of differentiated surgical treatment of aggressive vertebral hemangiomas. *Hirurgia Pozvonocnika = Spine Surgery* 2018;15(1):79–90. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14531/ss2018.1.79-90>.

6. Vasudeva V.S., Chi J.H., Groff M.W. Surgical treatment of aggressive vertebral hemangiomas. *Neurosurg Focus* 2016;41(2):E7. DOI: 10.3171/2016.5.FOCUS16169.

7. Parker J., Soltani S., Boissiere L. et al. Spinal aneurysmal bone cysts (ABCs): optimal management. *Orthop Res Rev* 2019;11:159–66. DOI: 10.2147/ORR.S211834.

8. Tsagozis P., Brosjo O. Current strategies for the treatment of aneurysmal bone cysts. *Orthop Rev (Pavia)* 2015;7(4):6182. DOI: 10.4081/or.2015.6182.

9. Aiba H., Kobayashi M., Waguri Nagaya Y. et al. Treatment of aneurysmal bone cysts using endoscopic curettage. *BMC Musculoskelet Disord* 2018;19(1):268. DOI: 10.1186/s12891-018-2176-6. 20. Li G., Fu D., Chen K. et al. Surgical strategy for the management of sacral giant cell tumors: a 32-case series. *Spine J* 2012;12(6):484–91. DOI: 10.1016/j.spinee.2012.06.014.

10. Martin C., McCarthy E.F. Giant cell tumor of the sacrum and spine: series of 23 cases and review of the literature. *Iowa Orthop J* 2010;30:69–75.

## Article

**ФИДОЙИ ИНСОН ЭДИ...**Каримжонов И.А.<sup>1</sup>, Рахмонова Л.К.<sup>2</sup>**Тошкент тиббиёт академияси, 2-сон Болалар касалликлари кафедраси ходимлари.**

1. Тошкент тиббиёт академияси, профессори, Тошкент, Ўзбекистон.

2. Тошкент тиббиёт академияси, тиббиёт фанлари доктори, Тошкент, Ўзбекистон.



Дунёда касблар кўп, сохалар бисёр. Лекин шундай касблар ҳам борки, уларнинг номи эшитиш билан дилинг яйраб кетади, ўз-ўзидан унга бўлган чексиз меҳринг ортаверади. Дарвоқе, инсон бу ҳаётда ўзидан яхши ном қолдиришга ҳаракат қилади. Биз қуйида сизга таништирмакчи бўлган инсон ўз ҳаётини тиббиётга бағишлаган, қалб-кўрини шу соҳа ривожига сарфлаган устоз Маннаф Атаматович Мирзамухамедовдир.

Маннаф Атаматович 1920 йилнинг 20 сентябрида Тошкент шаҳрида таваллуд топган. 1937-1943 йилларда Тошкент Давлат тиббиёт институтини муваффақиятли тамомлаб педиатрия йўналиши бўйича аспирантурага қабул қилинади ва болалар касалликлари кафедрасида иш бошлайди.

М.Мирзамухамедов 1943-1947 йилларда клиникада илмий изланишлар олиб борган ва болаларда учрайдиган рахит ва камқонлик сабабларини ўрганишни ўз олдига мақсад қилиб қўйди ва илмий иши мавзуси ҳам болаларда камқонлик касаллигининг сабабларини аниқлашдан иборат бўлди. 1947 йил ёш, иқтидорли педагог М.Мирзамухамедовга Тошкент Давлат тиббиёт институти болалар клиникаси бош врач лавозими ишониб топширилди. М.Мирзамухамедов 1948 йилда номзодлик диссертациясини ёқлади ва 1951 йилгача бош врач лавозимида сидқидилдан меҳнат қилди.

Шу даврда М.Мирзамухамедов Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш ҳайъати аъзоси сифатида фаол иш олиб борди. 1955 йилда эса Самарканд медицина институтига ректор этиб тайинланди. Ректорлик лавозимидаги олти йиллик фаолияти давомида олим институтни мамлакатнинг энг яхши таълим даргоҳларидан бирига айлантиришга эришди. У 1960

йилда Тошкент Врачлар малакасини ошириш институтига раҳбар этиб тайинланди. М.Мирзамухамедов раҳбарлигида институтда жарохлик, урология, кўз касалликлари, неврология, ва бошқа кафедра ва лабораториялар ташкил қилинди. Ўша институтда болалар касалликлари кафедраси доценти лавозимида ишлаб, 1965 йилда янги ташкил қилинган “Оналар ва болаларни муҳофаза қилиш” илмий текшириш институтини бошқарди ва шу давр мобайнида чақалоқлик даври патологияси, болаларда ўткир ва сурункали меъда-ичак касалликлари, уларнинг этиологик структураси, касаллик клиник кечишининг ўзига хослиги, биокимёвий ва иммунологик кўрсаткичлар ўзгаришлари масалаларини ўрганди.

Олимнинг юксак ташкилотчилик қобилияти ва ғайрат –шижоати туфайли 300 ўринга мўлжалланган бино қурилиб, унда чақалоқлик даври патологияси, гастроэнтерология, пульмонология, илк гўдақлик патологияси, аллергология бўлимлари ва тўла-тўқис жиҳозланган биокимёвий, иммунологик лабораториялар ташкил қилинди. Ўзбекистон педиатрия илмий текшириш институти ўз изланишлари туфайли ўзбек тиббиёт илмини бутун жаҳон симпозиумлари ва йиғилишларида муносиб кўрсата оладиган йирик илмий педагогик марказга айланди.

Институт раҳбари М.Мирзамухамедов ўзининг самарали фаолиятини илмий изланишлар билан бирга олиб борди ва 1975 йилда гўдақларда дизентерия касаллигининг кечиш хусусиятлари мавзусида докторлик диссертациясини ёқлади. 1972-1997 йилларда Тошкент Давлат тиббиёт институтининг болалар касалликлари кафедрасини бошқарди.

Олим 150 дан ортиқ алоҳида эътиборга

лойиқ монографиялар, 35 мақола, 5 услубий қўлланма нашр қилинган ва тиббий амалиётда қўлланиладиган 16 услубий тавсияномалар чиқарган. Улар бугунги кунда тиббиёт мутахассисларининг асосий қўлланмаларидан бири бўлиб хизмат қилиб келмоқда.

М.Мирзамухамедов неонатология соҳасида ҳам кўзга кўринган олимлардан бири бўлиб, унинг бошчилигида 1997 йилда 2-Тошкент давлат тиббиёт институтида АҚШнинг Иллинойс университети Чикаго тиббиёт маркази билан ҳамкорликда неонатология маркази ташкил қилинган.

Олим ижодий фаолияти давомида бевоқифа ўзининг илмий раҳбарлиги остида 6 нафар фан доктори ва 30 нафар фан номзодини тайёрлади. Унинг бой илмий фаолияти Варшава (1986) ва Торонто (1989)даги Халқаро симпозиумда, Харьков, Новосибирск, Калуга (1989-1990) шаҳарларидаги халқаро конференцияларда халқаро тиббиёт мутахассисларида катта қизиқиш уйғотган эди.

Маннаф Атаматович Мирзамухамедовнинг жамоат ишларидаги фаолияти бениҳоя кенг қамровли бўлиб, у ҳаётининг охири кунларигача Республика болалар шифокорлари жамиятининг раис ўринбосари, болаларга тиббий-профилактик ёрдам кўрсатиш бўйича кенгаш раисининг ўринбосари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги IV Бошқармаси педиатрия бўйича бош маслахатчиси, болалар ўлимини камайтириш хайъати раиси, педиатрия бўйича муаммолар кенгаши раисининг ўринбосари сифатида фаолият олиб борган эди. Бу инсон чин маънода ўз касбининг фидойиси эди. Шунинг учун ҳам заҳматкаш олимнинг меҳнатлари муносиб тақдирланди. У 1957 йилда «Ўзбекистонда хизмат кўрсатган врач», 1980 йилда «Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби» фахрий унвонлари, 1994 ва 1998 йилларда I-даражали «Соғлом авлод учун» ордени ва «Шухрат» медалига муносиб кўрилди.

Устозимиз республиканинг турли вилоятларига мунтазам хизмат сафарларига чиққанида ўз ҳамкасбларига доимо беғараз илмий ва амалий ёрдамларини аямас эдилар. Етук олим, моҳир педагог ва жамоат арбоби, бағрикенг устозимиз Маннаф Атаматович Мирзамухамедовнинг ёрқин хотираси биз шогирдлар қалбида мангу яшайди.

Ха, инсон муқаддас, унинг ёди ҳамиша барҳаёт. Шубҳа йўқки, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби, машҳур педиатр, тиббиёт фанлари доктори, профессор Маннаф Мирзамухамедов қолдирган бой илмий мероси ва тажрибалари ҳали узоқ йиллар ҳалқимиз саломатлигини сақлаш йўлида тиббиётимиз ходимларига дастурул-амал бўлиб хизмат қилаверади.

Учредители журнала:  
Андижанский государственный медицинский институт и ООО «I-EDU GROUP»

Медицинская наука Узбекистана  
электронный журнал  
Выпуск №2

## СОДЕРЖАНИЕ

№	Название статья	Страница
1	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ МЕКОНИАЛЬНО ОКРАШЕННЫХ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ. <b>Расуль-Заде Ю.Г., Джуманязов С.С.</b>	04-06
2	ГИПЕРГОНАДОТРОПНЫЙ ГИПОГОНАДИЗМ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ. <b>Гафурова Д.К.</b>	07-10
3	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕМИССИИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРИМЕРЕ ШИЗОФРЕНИИ. <b>Маматхонов М.М.</b>	11-14
4	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ. <b>Исмаилов У.С., Курбонов А.Р.</b>	15-20
5	BUXORO VILOYATIDA RESPIRATOR ALLERGIK KASALLIKLARNING EPIDEMIOLOGIYASI. <b>Babadjanova Z.X.</b>	21-23
6	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА. <b>Фазилов Ш.К.</b>	24-26
7	ФИДОЙИ ИНСОН ЭДИ... <b>Каримжонов И.А., Рахмонова Л.К.</b>	27-28

ЭЛЕКТРОННЫЙ ЖУРНАЛ  
«**Медицинская наука  
Узбекистана**»

Выпуск № 2. (октябрь, 2022)

<http://www.fdoctors.uz>

Подключенные системы

Google Scholar

ORCID  
publons

CYBERLENINKA  
in Library

ROAD  
DIRECTORY  
OF OPEN ACCESS  
SCHOLARLY  
RESOURCES

INTERNET  
ARCHIVE

ISRA  
JIF

EuroPub  
Development of medicine and science through

doi

Crossref

SCIENCEWEB  
NATIONAL BASE OF SCIENTIFIC RESEARCH OF UZBEKISTAN

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ  
БИБЛИОТЕКА

eLIBRARY.RU

SLIB.UZ  
Scientific library of Uzbekistan

DRJI

Directory of Research  
Journals Indexing

BASE  
Bielefeld Academic Search Engine

