



ISBN 978-1-948507-95-0



[HTTPS://SCIENTIFIC-CONFERENCE.COM](https://scientific-conference.com)



**LIBRARY OF
CONGRESS (USA)**

XI INTERNATIONAL CORRESPONDENCE SCIENTIFIC SPECIALIZED CONFERENCE

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC
REVIEW OF THE PROBLEMS
OF NATURAL SCIENCES AND MEDICINE**

Boston. USA. June 2-3, 2019

ISBN 978-1-948507-95-0

UDC 08

**XI INTERNATIONAL CORRESPONDENCE
SCIENTIFIC SPECIALIZED CONFERENCE
«INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF
THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES
AND MEDICINE»
(Boston. USA. June 2-3, 2019)**

BOSTON. MASSACHUSETTS
PRINTED IN THE UNITED STATES OF AMERICA
2019

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES AND
MEDICINE / COLLECTION OF SCIENTIFIC ARTICLES. XI INTERNATIONAL
CORRESPONDENCE SCIENTIFIC SPECIALIZED CONFERENCE (Boston, USA, June 2-3, 2019).
Boston. 2019**

EDITOR: EMMA MORGAN
TECHNICAL EDITOR: ELIJAH MOORE
COVER DESIGN BY DANIEL WILSON

CHAIRMAN OF THE ORGANIZING COMMITTEE: VALTSEV SERGEI
CONFERENCE ORGANIZING COMMITTEE:

Abdullaev K. (PhD in Economics, Azerbaijan), *Alieva V.* (PhD in Philosophy, Republic of Uzbekistan), *Akbulaev N.* (D.Sc. in Economics, Azerbaijan), *Alikulov S.* (D.Sc. in Engineering, Republic of Uzbekistan), *Anan'eva E.* (D.Sc. in Philosophy, Ukraine), *Asaturova A.* (PhD in Medicine, Russian Federation), *Askarhodzhaev N.* (PhD in Biological Sc., Republic of Uzbekistan), *Bajtasov R.* (PhD in Agricultural Sc., Belarus), *Bakiko I.* (PhD in Physical Education and Sport, Ukraine), *Bahor T.* (PhD in Philology, Russian Federation), *Baulina M.* (PhD in Pedagogic Sc., Russian Federation), *Blejh N.* (D.Sc. in Historical Sc., PhD in Pedagogic Sc., Russian Federation), *Bobrova N.A.* (Doctor of Laws, Russian Federation), *Bogomolov A.* (PhD in Engineering, Russian Federation), *Borodaj V.* (Doctor of Social Sciences, Russian Federation), *Volkov A.* (D.Sc. in Economics, Russian Federation), *Gavrilenkova I.* (PhD in Pedagogic Sc., Russian Federation), *Garagonich V.* (D.Sc. in Historical Sc., Ukraine), *Glushhenko A.* (D.Sc. in Physical and Mathematical Sciences, Russian Federation), *Grinchenko V.* (PhD in Engineering, Russian Federation), *Gubareva T.* (PhD in Laws, Russian Federation), *Gutnikova A.* (PhD in Philology, Ukraine), *Datij A.* (Doctor of Medicine, Russian Federation), *Demchuk N.* (PhD in Economics, Ukraine), *Divnenko O.* (PhD in Pedagogic Sc., Russian Federation), *Dmitrieva O.A.* (D.Sc. in Philology, Russian Federation), *Dolenko G.* (D.Sc. in Chemistry, Russian Federation), *Esenova K.* (D.Sc. in Philology, Kazakhstan), *Zhamuldinov V.* (PhD in Laws, Kazakhstan), *Zholdoshev S.* (Doctor of Medicine, Republic of Kyrgyzstan), *Zelenkov M.YU.* (D.Sc. in Political Sc., PhD in Military Sc., Russian Federation), *Ibadov R.* (D.Sc. in Physical and Mathematical Sciences, Republic of Uzbekistan), *Il'inskih N.* (D.Sc. Biological, Russian Federation), *Kajrakbaev A.* (PhD in Physical and Mathematical Sciences, Kazakhstan), *Kaftaeva M.* (D.Sc. in Engineering, Russian Federation), *Klinkov G.T.* (PhD in Pedagogic Sc., Bulgaria), *Koblanov Zh.* (PhD in Philology, Kazakhstan), *Koval'ov M.* (PhD in Economics, Belarus), *Kravcova T.* (PhD in Psychology, Kazakhstan), *Kuz'min S.* (D.Sc. in Geography, Russian Federation), *Kulikova E.* (D.Sc. in Philology, Russian Federation), *Kurmanbaeva M.* (D.Sc. Biological, Kazakhstan), *Kurpajanidi K.* (PhD in Economics, Republic of Uzbekistan), *Linkova-Daniels N.* (PhD in Pedagogic Sc., Australia), *Lukienko L.* (D.Sc. in Engineering, Russian Federation), *Makarov A.* (D.Sc. in Philology, Russian Federation), *Macarenko T.* (PhD in Pedagogic Sc., Russian Federation), *Meimanov B.* (D.Sc. in Economics, Republic of Kyrgyzstan), *Muradov Sh.* (D.Sc. in Engineering, Republic of Uzbekistan), *Musaev F.* (D.Sc. in Philosophy, Republic of Uzbekistan), *Nabiev A.* (D.Sc. in Geoinformatics, Azerbaijan), *Nazarov R.* (PhD in Philosophy, Republic of Uzbekistan), *Naumov V.* (D.Sc. in Engineering, Russian Federation), *Ovchinnikov Ju.* (PhD in Engineering, Russian Federation), *Petrov V.* (D.Arts, Russian Federation), *Radkevich M.* (D.Sc. in Engineering, Republic of Uzbekistan), *Rakhimbekov S.* (D.Sc. in Engineering, Kazakhstan), *Rozyhodzhaeva G.* (Doctor of Medicine, Republic of Uzbekistan), *Romanenkova Yu.* (D.Arts, Ukraine), *Rubcova M.* (Doctor of Social Sciences, Russian Federation), *Rumyantsev D.* (D.Sc. in Biological Sc., Russian Federation), *Samkov A.* (D.Sc. in Engineering, Russian Federation), *San'kov P.* (PhD in Engineering, Ukraine), *Selitrenikova T.* (D.Sc. in Pedagogic Sc., Russian Federation), *Sibircev V.* (D.Sc. in Economics, Russian Federation), *Skipko T.* (D.Sc. in Economics, Ukraine), *Sopov A.* (D.Sc. in Historical Sc., Russian Federation), *Stekalov V.* (D.Sc. in Physical and Mathematical Sciences, Russian Federation), *Stukalenko N.M.* (D.Sc. in Pedagogic Sc., Kazakhstan), *Subachev Ju.* (PhD in Engineering, Russian Federation), *Sulejmanov S.* (PhD in Medicine, Republic of Uzbekistan), *Tregub I.* (D.Sc. in Economics, PhD in Engineering, Russian Federation), *Uporov I.* (PhD in Laws, D.Sc. in Historical Sc., Russian Federation), *Fedos'kina L.* (PhD in Economics, Russian Federation), *Khiltukhina E.* (D.Sc. in Philosophy, Russian Federation), *Cuculjan S.* (PhD in Economics, Republic of Armenia), *Chiladze G.* (Doctor of Laws, Georgia), *Shamshina I.* (PhD in Pedagogic Sc., Russian Federation), *Sharipov M.* (PhD in Engineering, Republic of Uzbekistan), *Shevko D.* (PhD in Engineering, Russian Federation).

PROBLEMS OF SCIENCE
PUBLISHED WITH THE ASSISTANCE OF NON-PROFIT ORGANIZATION
«INSTITUTE OF NATIONAL IDEOLOGY»
VENUE OF THE CONFERENCE:
1 AVENUE DE LAFAYETTE, BOSTON, MA 02111, UNITED STATES
TEL. OF THE ORGANIZER OF THE CONFERENCE: +1 617 463 9319 (USA, BOSTON)
THE CONFERENCE WEBSITE:
[HTTPS://SCIENTIFIC-CONFERENCE.COM](https://scientific-conference.com)

PUBLISHED BY ARRANGEMENT WITH THE AUTHORS
Attribution-ShareAlike 4.0 International (CC BY-SA 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.en>

Contents

MEDICAL SCIENCES5

Inoyatova F.Kh., Kurbanova N.N., Alimova M.M., Ismailov A.U. (Republic of Uzbekistan) CATACIN AND GERANYL, COMPARATIVE EVALUATION OF THEIR HEPATOPROTECTIVE EFFECT ON THE MODEL OF ACUTE TOXIC DAMAGE OF RAT LIVER / *Иноятова Ф.Х., Курбанова Н.Н., Алимова М.М., Исмаилов А.У.* (Республика Узбекистан) КАТАЦИН И ГЕРАНИЛ, СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИХ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ НА МОДЕЛИ ОСТРОГО ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ КРЫС5

Ismoilov S.R., Fayzullaev B.R., Ismailov A.U. (Republic of Uzbekistan) CORRECTION OF DISORDERS OF A SPECTRUM OF DIGESTIVE ENZYMES OF THE PANCREAS WITH ZADITEN IN SENSITIZATION AND ANAPHYLACTIC SHOCK / *Исмоилов С.Р., Файзуллаев Б.Р., Исмаилов А.У.* (Республика Узбекистан) КОРРЕКЦИЯ ЗАДИТЕНОМ НАРУШЕНИЙ СПЕКТРА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ13

Batirov D.Yu., Musaeva A.F., Yusupov D.D. (Republic of Uzbekistan) SIMULATED LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN PATIENTS WITH OBESITY III - IV DEGREE / *Батиоров Д.Ю., Мусаева А.Ф., Юсупов Д.Д.* (Республика Узбекистан) СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III - IV степени23

Yodgarova U.G. (Republic of Uzbekistan) RANGE OF ETIOPAGENETIC SYNDROME FACTORS OF ANCERRENT FEET / *Ёдгарова У.Г.* (Республика Узбекистан) RANGE OF ETIOPAGENETIC SYNDROME FACTORS OF ANCERRENT FEET35

Abdusakilov J.U. (Republic of Uzbekistan) SOME ASPECTS OF MORPHOLOGICAL DISORDERS IN PERIODONTAL TISSUES DURING METABOLIC CHANGES IN THE BODY / *Абдувакилов Ж.У.* (Республика Узбекистан) НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ОРГАНИЗМЕ39

Muslimov O.K. (Republic of Uzbekistan) ENDOCRINE STATUS OF SALIVA IN PATIENTS WITH WEDGE-SHAPED DEFECT OF TEETH / *Муслимов О.К.* (Республика Узбекистан) ЭНДОКРИННЫЙ СТАТУС СЛЮНЫ У БОЛЬНЫХ С КЛИНОВИДНЫМ ДЕФЕКТОМ ЗУБОВ43

Tashpulatova M.N. (Republic of Uzbekistan) QUESTIONS OF STUDYING OF HYGIENIC FEATURES OF WORKING CONDITIONS AT THE MODERN PHARMACEUTICAL ENTERPRISES (REPUBLIC OF UZBEKISTAN) / *Ташпулатова М.Н.* (Республика Узбекистан) ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ УСЛОВИЙ ТРУДА НА СОВРЕМЕННЫХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ (РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН)47

Gozibekov J.I., Zayniev A.F., Tilavova Yu.M. (Republic of Uzbekistan) MODERN VIEW OF THE SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES (LITERATURE REVIEW) / *Гозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф., Тилавова Ю.М.* (Республика Узбекистан) СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)54

<i>Gozibekov J.I., Yusupalieva D.B., Tilavova Yu.M. (Republic of Uzbekistan) RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES / Гозибеков Ж.И., Юсуналиева Д.Б., Тилавова Ю.М. (Республика Узбекистан) РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</i>	<i>64</i>
<i>Mamazhanova D.M. (Republic of Uzbekistan) IMPORTANCE OF STUDYING OF OUTCOMES AND COMPLICATIONS OF THE VESICLE DRIFT / Мамажанова Д.М. (Республика Узбекистан) ЗНАЧИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ИСХОДОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА.....</i>	<i>75</i>
<i>Toshkulova M.T. (Republic of Uzbekistan) QUESTIONS OF THE PROBLEM OF STUDYING OF THE DYSPLASIA OF THE NECK OF UTERUS AT WOMEN IN THE PREMENOPAUSAL PERIOD / Тошкуллова М.Т. (Республика Узбекистан) ВОПРОСЫ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ</i>	<i>80</i>
<i>Tumasyan A.V. (Russian Federation) LEGAL REGULATION OF SURROGATE MOTHERHOOD IN RUSSIA / Тумасян А.В. (Российская Федерация) ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В РОССИИ.....</i>	<i>85</i>
NEUROSURGERY	91
<i>Kariev G.M., Tuhtamurodov Zh.A., Egamberdiev R.H., Fayzieva Sh.R. (Republic of Uzbekistan) RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMORS OF CEREBELLUM AND FOURTH VENTRICLE / Кариев Г.М., Тухтамуродов Ж.А., Эгамбердиев Р.Х., Файзиева Ш.Р. (Республика Узбекистан) РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ МОЗЖЕЧКА И IV ЖЕЛУДОЧКА ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	<i>91</i>
ECONOMIC, SOCIAL, POLITICAL AND RECREATIONAL GEOGRAPHY	99
<i>Aminov B.B. (Republic of Uzbekistan) NEGATIVE CONSEQUENCES OF NATURAL DISASTERS / Аминов Б.Б. (Республика Узбекистан) ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИРОДНЫХ БЕДСТВИЙ</i>	<i>99</i>

CATACIN AND GERANYL, COMPARATIVE EVALUATION OF THEIR HEPATOPROTECTIVE EFFECT ON THE MODEL OF ACUTE TOXIC DAMAGE OF RAT LIVER

Inoyatova F.Kh.¹, Kurbanova N.N.², Alimova M.M.³,
Ismailov A.U.⁴ (Republic of Uzbekistan)
Email: Inoyatova511@scientifictext.ru

¹Inoyatova Feruza Khidoyatovna - MD, Professor,
DEPARTMENT OF MEDICAL AND BIOLOGICAL CHEMISTRY,
TASHKENT MEDICAL ACADEMY, TASHKENT;

²Kurbanova Nodira Navruzovna - Senior Teacher,
DEPARTMENT OF NATURAL SCIENCES;

³Alimova Mahliyo Mahmud kizi – Student;

⁴Ismailov Anvarbek Ulugbek ogli - Student,
TREATMENT FACULTY,

URGENCH BRANCH OF TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the article presents data on the pathogenesis of toxic liver damage, the main factors leading to the chronization of the pathological process, in particular, a decrease in oxygen intake, an imbalance of oxidative processes, activation of immuno-mediated and mitochondrial pathways of apoptosis, fibroblast growth factors. Also the results of the evaluation of new domestic preparations, namely, Cavergal, Geranyl and Catacin in the correction of the major hepatic syndromes: cytolysis, cholestasis, mesenchymal inflammation and hepatocellular insufficiency of toxic liver injury of rats.

Keywords: Cavergal, Geranyl, Catacin, Karsil, oxidative stress, hypoxia, apoptosis, fibrosis, mesenchymal inflammation, cytolytic syndrome, hepatocytes.

КАТАЦИН И ГЕРАНИЛ, СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИХ ГЕПАТОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ НА МОДЕЛИ ОСТРОГО ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ КРЫС

Иноятлова Ф.Х.¹, Курбанова Н.Н.², Алимова М.М.³,
Исмаилов А.У.⁴ (Республика Узбекистан)

¹Иноятова Феруза Хидоятовна - доктор медицинский наук,
профессор,
кафедра медицинской и биологической химии,
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент;
²Курбанова Нодира Наврузовна - старший преподаватель,
кафедра естественных наук;
³Алимова Махлиё Махмуд кизи - студент;
⁴Исмаилов Анварбек Улугбек огли – студент,
лечебный факультет,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: в статье приведены данные о патогенезе токсического поражения печени, об основных факторах, приводящих к хронизации патологического процесса, в частности, снижение поступления кислорода, дисбаланс окислительных процессов, активизация иммуноопосредованного и митохондриального путей апоптоза, факторов роста фибробластов. Также рассмотрены результаты оценки эффективности новых отечественных препаратов, а именно, кавергала, геранила и катацина в коррекции основных печеночных синдромов: цитолиза, холестаза, мезенхимального воспаления и печеночно-клеточной недостаточности на модели токсического поражения печени крыс.

Ключевые слова: кавергал, геранил, катацин, карсил, окислительный стресс, гипоксия, апоптоз, фиброзирование, мезенхимальное воспаление, цитолитический синдром, гепатоциты.

УДК 615.038

The central element of the pathogenesis of toxic liver damage is oxidative stress, hypoxia, dysfunction of oxidase and oxygenase enzyme systems, a violation of calcium metabolism – a consequence of the direct effects of the toxin or its metabolite formed as a result of biotransformation [6]. The immediate cause of this deficiency in many pathological conditions is a decrease in oxygen intake, imbalance of

oxidative processes, activation of immuno-mediated and mitochondrial pathways of apoptosis, fibroblast growth factors, causing irreversible processes of fibrosis, leading to the chronization of the pathological process [6, 8, 9]. Damage and destruction of hepatocytes is a starting point in the activation of other cell populations that initiate an inflammatory response, an adaptive immune response with the development of reactive liver fibrosis (cirrhosis) and hepatocellular cancer [3, 9].

Currently, for the treatment of toxic liver lesions means of plant origin are widely used [10]. In this regard, the problem of remedy correction of liver lesions with herbal preparations (from flavonoids, saponins, coumarins, terpenoids) is extremely important. Widely used drugs such as Cavergal, Essentiale, Silibor, Silymarin, Phosphogliv etc. that have diverse action [5, 9, 10]. The development and study of the mechanism of their hepatoprotective action will not only expand the Arsenal of effective hepatoprotectors, but also introduce them into clinical practice. Despite the presence of different mechanisms of action of hepatoprotectors, their effectiveness remains low, which necessitates the development of new high-performance hepatoprotectors and the study of their mechanism of action.

Purpose of work: to evaluate the effectiveness of new products (Cavergal, Geranyl and Catacin) in the correction of the major hepatic syndromes: cytolysis, cholestasis, mesenchymal inflammation and hepatocellular failure on the model of toxic liver disease.

Material and methods of research. To achieve this goal, studies were conducted on 60 Mature male rats. The model of acute toxic lesion (ATL) was reproduced by a single injection of heliotrin at a dose of 200 mg/kg of animal body weight in 75 rats, 8 rats were an intact group. The mortality rate for 1-3 days was 13.3%. The development of toxic hepatitis was judged by the activity of ALT and AST, the content of bilirubin and its fractions in the blood. On the 3rd day of toxicant administration the surviving animals were divided into 5 groups: 1) ATL+Saline solution at a dose of 5 ml/kg body weight (control) 15 rats; 2) ATL+Carsil (comparison group) 13 rats; 3) ATL+Catacin 13 rats; 4) ATL+Geranyl 13 rats; 5) ATL+Cavergal 13 rats. The medicines were administered intragastrically at 100 mg/kg for 12 days daily. After 6 and 12 days from the beginning of treatment,

animals were slaughtered under Rausch anesthesia in compliance with the rules specified by the European Convention for the protection of vertebrates (Strasbourg, 1986). Biochemical studies of blood serum (content of albumins, prothrombin, bilirubin fractions, cholesterol, activity of enzymes alanine- (ALAT) and aspartate aminotransferase (ASAT), gamma-glutamyltranspeptidase (γ -GT), alkaline phosphatase (aph), thymol sample) were performed on a biochemical analyzer. The obtained data were processed by the method of statistics using computer program Statistica 5. They were considered reliable difference at $P < 0.05$.

Results and discussion. The studies have shown the development of cytolysis syndromes, cholestasis, mesenchymal inflammation and hepatocellular insufficiency in rats with acute heliotrine hepatitis, which corresponds to the literature data. It should be said that if the indicators of the cytolytic syndrome were sharply manifested on the 6th day of the study, and then their severity decreased somewhat, although still significantly higher than the standard values. The same dynamics was noted for the indicator of mesenchymal inflammation, while the indicators of cholestasis and hepatic cell insufficiency increased slightly and remained significantly high. In our opinion, this is due to the development of hypoxia of hepatocytes, as according to the literature in acute liver damage by heliotrin, microcirculatory disorders are detected, manifested by the expansion of the diameter of the vessels, a decrease in blood flow in them, the aggregation of shaped elements in the vessels, the phenomena of stasis, hemorrhages and destructive changes in the liver parenchyma [8]. Under these conditions, circulatory and metabolic hypoxia cause increased destructive processes in biomembranes and, as a consequence, the intensification of LPO, the development of an imbalance between prooxidant and antioxidant systems, due to the suppression of the activity of antioxidant enzyme systems due to the decay and inhibition of the synthesis of their protein components, and primarily, SOD, catalase, glutathione peroxidase, glutathione reductase, etc.

Pharmacotherapy with hepatoprotectors contributed to the reduction of high values of cytolysis, mesenchymal inflammation, cholestasis and increase in liver cell failure. However, their severity depended on medicines. Thus, the using of Catacin, Geranyl, Cavergal and the

Karsil for 6 days led to a significant decrease of activity of AlAT of 2.76; 2,94; of 1.85 and 2.86 times, activity of AsAT under the action of these medicines did not change significantly. The same dynamics continued in the future. The level of total, bound and free bilirubin 1.97; 2.11 and 1.8 times when using Catacin, 2,98; 4,35 and 2.04 times – when used Geranyl, 1.83; 2 and 1.62 times – Cavergal, 2,31; 2,42 and 2.16 times – Karsil, respectively. The incidences of mesenchymal inflammation statistically significantly decreased in 1,4; 1.56; 1.31 and 1.38 times, respectively. The high activity of alkaline phosphatase and γ -GT under the influence Catacin decreased to 2.07 and 3.06 times, Geranyl 2 and 3.17 times, Cavergal – 1.91 and 1.13 times, and Karsil – 2.47 and 2.88 times respectively. It should be noted that the medications increased the initially low level of albumin 1.29; 1,39; 1.41 and 1.31% in the groups of rats with ATL treated Catacin, Geranyl, Cavergal and Karsil, respectively.

The level of total, bound and free bilirubin with the use of Catacin decreased by 3.11; 3.97 and 2.5 times, with the use of Geranyl – by 3.04; 3.88 and 2.45 times, in those receiving Cavergal this decrease was 1.22; 1.29 and 1.15 times, with the introduction of Karsil – by 1.64; 2.16 and 1.29 times, respectively. The high activity of alkaline phosphatase and γ -GT under the influence Catacin decreased 2.29 and 4.28 times, introduction of Geranyl- 2.49 and 3.85 times, the introduction Cavergal - 1.45 and 1.12 times, and the use of the Karsil - 1.98 and 2.95%, respectively. It should be noted that medications used increased low baseline albumin level of 1.43; 1,47; 1.25 and 1.34 times in groups of rats with OTG treated Catacin, Geranyl, Cavergal and Karsil, respectively. Indicators mesenchymal inflammation statistically significantly decreased 1.87; 2,04; 1.22 and 1.45 times, respectively, when applying Catacin, Geranyl, Cavergal and Karsil. If the continued introduction of Catacin and Geranyl we observed a slight strengthening of action of these drugs in the correction of cytolytic, cholestatic syndromes, mesenchymal inflammation and hepatocellular failure, Cavergal and the Karsil – some reduction in their effectiveness. Despite these positive effects of the above medicines, they did not contribute to the complete restoration of functional and metabolic parameters of the liver, as they were significantly different from the indicators of intact rats.

In our opinion, this is due to the chemical structure of these compounds [4, 11]. Flavonoids can be attributed to a non-enzymatic antioxidant capable of directly or indirectly weakening or preventing cell damage caused by free radicals [5, 11]. This is due to the hydroxyl groups in position 3, which gives additional activity to flavonols and flavan-3-ols. Antioxidant activity is also inherent in the aglikans, but non-glycosylated or conjugated flavonoid derivatives, as the replacement of hydroxyl groups in aromatic rings responsible for interaction with free radicals, reduces antioxidant activity. The mechanism of protective action of flavonoids is associated with increased activity of antioxidant enzymes, restoration of cell membranes of hepatocytes, their participation in the processes of molecular transport, cell division and differentiation, stimulation of the activity of various enzyme systems, slowing down the synthesis of collagen and increasing the activity of collagenase, which is the basis of their antifibrotic effect [5, 9]. According to the literature, the membrane-stabilizing effect of flavonoids is associated with the interaction with the membranes of hepatocytes, their ability to inhibit the activity of SAMP, reduce the calcium content inside the cell, inhibit the calcium-dependent process of phospholipase activation [9]. Most flavonoids have anti-inflammatory action, inhibiting enzymes responsible for the synthesis of Pro-inflammatory cytokines, prostaglandins, thromboxanes and leukotrienes [2]. According to the authors, the metabolic action of this group of hepatoprotectors is associated with stimulation of protein biosynthesis and acceleration of regeneration of damaged hepatocytes, due to specific stimulation of RNA polymerase 1, activation of transcription and translation, which leads to an increase in the number of ribosomes and activation of biosynthesis of structural and functional proteins [2, 4]. Apparently, we have identified an increase in the content of albumins in blood serum due to these properties. However, they do not affect the speed of replication and translation in the modified cells with the maximum level of DNA synthesis, which excludes the possibility of proliferative action [10]. In studies of G. R. Abdullayev (2016) in rats with emotional pain stress was found to reduce the processes of lipid peroxidation using Catacin, the drug increased the energy potential of cells [1, 3]. This remedy has an antihypoxic effect in various forms of

hypoxia and its activity is superior to known antihypoxants [4]. The study of chronic toxicity of Catacin showed the absence of cumulative properties [7]. Proanthocyanidin Geranyl showed antihypoxic properties on the model of occlusion of the carotid artery [8]. Apparently, the more pronounced hepatoprotective properties of Catacin and Geranyl obtained by us are associated with their antihypoxic and antioxidant action, they are not inferior in their hepatoprotective properties to the well-known remedy Karsil.

Conclusion

1. The experimental pharmacotherapy of acute toxic liver damage new drugs Catacin and Geranyl significantly reduced the indicators of cytolysis, cholestasis, mesenchymal inflammation and liver cell failure.

2. Catacin and Geranyl for hepatoprotective property not abrogate the hepatoprotective Karsil and significantly surpassed antihypoxant was Cavergal.

References / Список литературы

1. *Abdullaev G.R.* Vliyanie katasina na processy perekisnogo okisleniya lipidov organov kryz v dinamike razvitiya stressa // Uzbek biological journal, 2016. Tashkent, № 3. C. 7-11.
2. *Azarova O.V., Galaktionova L.P.* Flavonoidy: mekhanizm protivovospalitel'nogo dejstviya // Chemistry of vegetable raw materials, 2012. Tashkent. № 4. S. 61-78.
3. *Zverev YA.F.* Flavonoidy glazami farmakologa. Antioksidantnaya i protivovospalitel'naya aktivnost' // Reviews of clinical pharmacology and remedy therapy, 2017. Tashkent. № 4. S. 5-15.
4. *Mekhtiev S.N., Okovityj S.V., Mekhtieva O.A.* Principy vybora gepatoprotektorov v praktike terapevta // Treating physician, Moscow, 2016. № 8. C. 44-53.
5. *Nazrullaev A.M., Mirzaahmedov B.M.* Issledovanie hronicheskoy toksichnosti preparata katasin // Uzbek biological journal, 2016. Tashkent, № 2. C. 26-29.
6. *Novikov V.E., Klimkina E.I.* Farmakologiya gepatoprotektorov // Review of clinical pharmacological remedy therapy, 2005. Tashkent. № 1. S. 2-20.

7. *Skakun N.P., SHmam'ko V.V., Ohrimovich L.M.* Klinicheskaya farmakologiya gepatorotektorov. Ternopol: Zbruch, 1995. 272 s.
 8. *SHerlok SH., Duli Dzh.* Zabolevaniya pecheni i zhelchnyh putej.- Moscow: GEOTAR Medicine, 1999. 864 s.
 9. *SHirinova I.A., Nuridinov SH.SH., Klemesheva L.S., Almatov K.T.* Vliyanie katacina na obmen lipidov v krovi i pecheni krysa // Uzbek biological journal, 2009. Tashkent. № 3. C. 7-11.
 10. *Ferdinando M.D., Brunetti C., Fini A. Tattini M.* Flavonoids as antioxidants in plants under abiotic stresses. // Abiotic Stress Responses in Plants: Metabolism, Productivity and Sustainability Eds. Springer, New York, NY, USA, 2012. P. 159–179.
 11. *Karimov Kh.Ya., Inoyatova F.H., Karabanovich A.K.* Correction of disorder of the liver microcirculation and functionally-metabolic parameters of rats with acute toxic hepatitis // The International Toxicologist Abstracts of the International Congress of Toxicology-YII, 1995. Seattle, Washington. USA, 7. P. 13.
-

**CORRECTION OF DISORDERS OF A SPECTRUM OF
DIGESTIVE ENZYMES OF THE PANCREAS WITH ZADITEN
IN SENSITIZATION AND ANAPHYLACTIC SHOCK**

**Ismoilov S.R.¹, Fayzullaev B.R.², Ismailov A.U.³
(Republic of Uzbekistan) Email: Ismoilov511@scientifictext.ru**

*¹Ismoilov Soloy Ruzmamatovich – MD, Professor,
DEPARTMENT OF PHARMACOLOGY AND CLINICAL
PHARMACOLOGY, URGENCH BRANCH
TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
Chief Physician,
CLINIC OF THE URGENCH BRANCH OF THE TASHKENT
MEDICAL ACADEMY;*

*²Fayzullaev Bakhrom Rustamovich – PhD, Associate Professor,
DEPARTMENT OF PROPAEDEUTICS OF INTERNAL DISEASES;*

*³Ismailov Anvarbek Ulugbek ogli – Student,
TREATMENT FACULTY, URGENCH BRANCH
TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *in experiments on white rats, the effect of the antihistamine zaditen on the activity of digestive enzymes of the pancreas during sensitization and anaphylactic shock was studied. Sensitization and anaphylactic shock lead to significant shifts in the activity of digestive enzymes of the pancreas, which can lead to disruption of the breakdown and absorption of carbohydrates, proteins and fats. The usage of zaditen significantly smoothes the observed changes in the enzyme-synthesizing system of the pancreas in these pathologies.*

Keywords: *zaditen, sensitization, anaphylactic shock, digestive enzymes of the pancreas*

**КОРРЕКЦИЯ ЗАДИТЕНОМ НАРУШЕНИЙ СПЕКТРА
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И
АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ**

**Исмоилов С.Р.¹, Файзуллаев Б.Р.², Исмаилов А.У.³
(Республика Узбекистан)**

¹*Исмоилов Солой Рузмаматович – доктор медицинских наук,
профессор, кафедра фармакологии и клинической фармакологии,
Ургенчский филиал*

*Ташкентская медицинская академия,
главный врач,
клиника Ургенчского филиала Ташкентской медицинской
академии;*

²*Файзуллаев Бахром Рустамович – кандидат медицинских наук,
доцент, кафедра пропедевтики внутренних болезней;*

³*Исмаилов Анварбек Улугбек огли – студент,
лечебный факультет,
Ургенчский филиал*

*Ташкентская медицинская академия,
г. Ургенч, Республика Узбекистан*

Аннотация: в опытах на белых крысах изучено влияние антигистаминного препарата задитена на активность пищеварительных ферментов поджелудочной железы при сенсibilизации и анафилактическом шоке. Сенсibilизация и анафилактический шок приводят к существенным сдвигам в активности пищеварительных ферментов поджелудочной железы, что может привести к нарушению расщепления и усвоения углеводов, белков и жиров. Применение задитена заметно сглаживает наблюдаемые сдвиги в ферментсинтезирующей системе поджелудочной железы в данных патологиях.

Ключевые слова: задитен, сенсibilизация, анафилактический шок, пищеварительные ферменты поджелудочной железы.

УДК 615.218.2.–056.3–085:577

Currently, the problem of allergic conditions is given special attention. This is not accidental, in recent years almost all countries of the world have seen a continuous increase in the number of patients suffering from allergic diseases [4, 5]. Having the features of morphological and histological structure, as well as the functions performed, the mucous layer of the gastrointestinal tract prevents the

penetration of the bulk of exogenous antigens into the internal environment of the body [6]. Unfortunately, in allergic reactions remains almost unexplored condition of digestive enzymes of the pancreas. Antihistamines are widely used in the complex therapy of allergic diseases [2, 3, 5], but their effect on the hydrolytic function of the pancreas in healthy and allergized organisms is not studied yet.

Purpose of work. The aim of this work is to study the state of the hydrolytic function of the pancreas during sensitization and anaphylactic shock and correction of violations of this function with the help of antihistamine zaditen. According to the literature, zaditen, unlike other H1-receptor blockers, stabilizes the target cells of allergy, has an antagonistic effect in relation to the factor that activates platelets (FAT), which plays an important role in the pathogenesis of allergic reactions. Therefore, it has a more pronounced antihistamine effect [4]. Based on this, we chose zaditen in these series of experiments.

Method of research

The research was conducted on 210 white rats of both sexes weighing 120-200 g, divided into 5 groups: the first are subjected to the influence of sensitization, the second – subjected to the influence of sensitisation on the background of preventive repeated injection of zaditen, the third is subjected to the influence of anaphylactic shock, the fourth – subjected to the influence of anaphylactic shock on the background of preventive 26-day injection of zaditen, fifth– control animals.

Sensitization of rats was caused by triple subcutaneous injection (every other day) of 0.5–1 ml/kg of chicken egg protein solution (EPS) diluted with isotonic sodium chloride solution in a ratio of 1:5 with simultaneous injection of vaseline oil in a volume of 0.1 ml (A.D.Ado, 1978). The sensitized rats were decapitated (7 individuals from the experimental and control groups) on the 7th, 14th, 21st, 28th and 31st days after injection of the last sensitizing dose of antigen and the activity of pancreatic enzymes was determined at the same time. In a series of experiments with sensitization on the background of multiple daily injection of zaditen, the activity of the studied enzymes was determined at the same time as in sensitization.

Anaphylactic shock of rats was caused by the injection of 1-2 ml/kg of native EPS after 21 days of the final sensitizing injection of antigen (A.D.Ado, 1978).

For prophylactic purposes zaditen was injection daily, starting from the first day of administration of the solution of EP, i.e. within 26 days. Animals were decapitated by 7 individuals from each group immediately after the shock, as well as 6, 24, 48 and 72 hours after it and determined their activity of the studied enzymes.

Zaditen was administered through the mouth in the morning before feeding animals at a dose of 1 mg/kg (this dose is the average therapeutic dose for rats). The animals of the control group received distilled water in an equivalent volume.

Alpha-amylase activity was determined (CF 3.2.1.1.) according to the method of Smyth a.Roe (1949) in the modification of A. M. Ugolev. This method is based on photoelectrocolorimetry identifying loss of starch when using iodine reagent. The activity of the protease complex (CF 3.4.4.) was determined by the method of A. M. Ugolev and N. M. Timofeeva, based on photoelectrocolorimetry identify growth free aminoasit, which is formed by hydrolytic splitting of protein substrates and in reaction with ninhydrin gives a blue coloration. Lipase activity (CF 3.1.1.3.) was determined by the method of A. A. Lazdinis and M. R. Lasdyna based on photoelectrocolorimetry identifying loss of intralipid. The separated fatty acids are extracted before titration with acidified heptane and isopropanol. Titration was carried out with 0.01 N sodium hydroxide solution in methylbenzene [8]. The protein content in the pancreas was determined by the method of O. N. Lowry and co-authors. The method is based on color reaction of the phenol reagent Polina–Chocalteu with protein. To clarify some aspects of the mechanism of action of zaditen on the activity of the enzymes studied the activity of Mg^{2+} –dependent ATPase (CF 3.6.1.3.) pancreas by the method of A. T. Ivashenko and co-authors [7]. The results were statistically processed by Student and Fisher method.

Research results and discussion

In the dynamics of the process of sensitization of chicken egg protein, starting from the 14th day and until the end of the experiment, the mass of the small intestine mucosa increased. Swelling and hyperemia of the mucous membrane were visually observed. The concentration and content of protein in the pancreatic tissue and in the mucous membrane of the small intestine increased, especially by the 21st day of sensitization.

During the experiment, significant deviations from the norm in the spectrum of the studied pancreatic enzymes were established. Thus, the specific activity of alpha-amylase on the 7th day of sensitization was at the level of control. On the 14th day the enzyme activity increased by 15%. During the remaining periods of sensitization, this enzymatic activity remained reduced: 21st day – by 35%, 28th day – by 31%, 31st day – by 20% (table 1).

Table 1. Effect of zaditen on specific activity of alpha-amylase (g/min/g) of rat pancreas during sensitization ($M \pm m$, $n=7$)

Group of animals	Days of sensitization				
	7	14	21	28	31
Control	145,7 $\pm$ 8,3	149,7 $\pm$ 8,2	147,6 $\pm$ 8,6	148,2 $\pm$ 8,1	149,5 $\pm$ 8,2
Sensitization	137,2 $\pm$ 8,7	172,4 $\pm$ 8,9	96,1 $\pm$ 7,5	102,9 $\pm$ 7,3	119,2 $\pm$ 7,1
P1	> 0,25	< 0,05	< 0,001	< 0,002	< 0,02
Sensitization on the background of zaditen	133,7 $\pm$ 8,4	145,2 $\pm$ 8,4	122,9 $\pm$ 7,8	127,6 $\pm$ 7,2	139,0 $\pm$ 7,7
P1	> 0,25	> 0,5	< 0,05	> 0,5	> 0,5
P2	> 0,5	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05

Note: P1 - the reliability of the differences in the experimental groups compared with the control;

P2 - reliability of differences between the experimental groups.

Specific proteolytic activity was also increased on the 7th and 14th days of the study by 25 and 22%, respectively. All other terms of sensitization activity of the protease complex also remained low: the 21st day was 34%, 28th day – 20% and a 31st day by 11%. Lipolytic activity was increased on the 7th, 14th and 21st days of sensitization by 20, 28 and 29%, respectively. In other terms, the enzyme activity was below the control values: 28th day – by 25% and 31st day – by 28%.

After anaphylactic shock caused by intraperitoneal injection 21 days after the last sensitizing injection of chicken egg protein, some individuals experienced instant death, and most rats had trembling of the whole body, and some – aggressiveness, which gradually passed by the end of the experiments. The concentration of protein in the pancreatic tissue during the first two days increased from the norm, normalization occurred to 72 hours after the introduction of a permissive dose of antigen. An increase in the total protein content was established immediately after the development of anaphylactic shock and after 48 hours no changes in the mass of the pancreas were detected.

There was hyperemia, swelling, violation of the integrity of the mucous membrane. So, 24 hours after the shock found erosion and ulceration in the stomach and duodenum. Visually, the restoration of the integrity of the mucous membrane in the oral departments was observed after 72h after the shock.

Against the background of anaphylactic shock, significant changes in the spectrum of the studied digestive enzymes were also observed. Thus, immediately after the shock, the specific activity of alpha-amylase decreased by 45%. After 6, 24, 48 and 72 hours after the shock enzymatic activity decreased by 48, 40, 32 and 25%, respectively (table 2). Proteolytic activity immediately after the shock decreased by 22%, after 6 and 24 hours after it increased by 23 and 16%, respectively, to 48 hours after the shock, enzymatic activity decreased by 23%, and by 72 hours it did not differ from the control. Specific lipolytic activity immediately after the shock remained within the normal range, 6 and 24 hours after it increased by 25 and 20%, respectively, and by the 48th and 72nd hours after the shock, its activity decreased by 18 and 12%, respectively.

Table 2. Effect of zaditen on specific activity of alpha-amylase (g/min/g) of rat pancreas in anaphylactic shock ($M \pm m$, $n=7$)

Group of animals	Time after anaphylactic shock, h				
	0	6	24	48	72
Control	147,7±9,1	146,3±10,2	144,7±10,7	151,8±10,6	148,4±10,1
Anaphylactic shock	81,2±6,8	76,2±7,6	86,8 ±8,2	103,3±8,4	111,3±8,7
P1	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,01	< 0,02
Anaphylactic shock on the background of zaditen	121,2±7,2	115,2±7,5	118,7±8,1	135,0±9,3	139,2±9,5
P1	< 0,05	< 0,02	< 0,05	< 0,05	> 0,5
P2	< 0,002	< 0,01	< 0,02	< 0,02	< 0,05

Note: P1 - the reliability of the differences in the experimental groups compared with the control;

P2 - reliability of differences between the experimental groups.

In sensitization, starting from the 21st day, and anaphylactic shock, there was an increase in Mg^{2+} -dependent ATPase of the pancreas. As it is known from literature sources, the increase in Mg^{2+} -ATPase in allergic reactions leads to a decrease in ATP content, which in turn leads to a decrease in ADP and camp content. By reducing the content of the latter, there is an increase in the release of biologically active mediators of allergy from mast cells.

So, in sensitization and anaphylactic shock, there are significant shifts in the activity of digestive enzymes of the pancreas. These changes should be considered as one of the links of a multi-stage response nonspecific reaction of the body to the release of histamine, serotonin and other mediators of allergy in sensitization and anaphylactic shock and their effect on sensitive receptors of the body. Undoubtedly, the above changes in the spectrum of the studied

enzymes can lead to disruption of the breakdown and absorption of the main components of food – carbohydrates, proteins and fats.

Prophylactic repeated administration of zaditen in the process of causing sensitization and anaphylactic shock significantly leveled part of the violations caused by these pathologies, for example, there were no changes regarding the control of the total protein content in the pancreatic tissue. Also, the remedy is fully protected the mucous membrane of the stomach and duodenum from ulceration and erosive damage. In addition, there was no death of animals; there was no shaking of the body and aggressiveness of rats.

The introduction of the remedy prophylactically, in the process of causing the studied allergic pathologies, significantly corrects shifts in the spectrum of digestive enzymes of the pancreas occurring in these conditions. Thus, in animals affected by sensitization on the background of zaditen, the specific activity of alpha-amylase decreased only on the 21st and 28th days of sensitization by 17 and 14%, respectively. In other terms of the study enzyme activity was at the level of control. Proteolytic activity in all terms of the study was within normal limits. Lipase activity on the 21st day of sensitization increased by 12%, and in other terms of research it was at the level of control.

In animals affected by anaphylactic shock against the background of prophylactic administration of zaditen, the specific activity of alpha-amylase immediately after the shock decreased by 18%, after 6, 24 and 48 hours after it, the inhibition of enzyme activity was 21, 18 and 11%, respectively. The rest of the study was within normal limits. Lipolytic activity in 6 hours after the shock increased by 13%, and in other terms it was at the level of control.

In sensitization and anaphylactic shock on the background of preventive repeated administration of zaditen in the functional state of Mg^{2+} -dependent ATPase, no violation occurred.

Based on this, it can be assumed that the prophylactic use of zaditen in the process of reproduction of sensitization and anaphylactic shock due to its protective action in the contents of ATP, ADP and camp changes are not observed. This, in turn, leads to a decrease in the release of mediators of allergic reactions from mast cells and basophils, a weakening of the course of sensitization and anaphylactic shock.

Thus, the antihistamine zaditen, introduced in the process of causing sensitization and anaphylactic shock, significantly corrects disorders in the activity of digestive enzymes of the pancreas, occurring in the conditions of these allergic reactions. Such a pronounced protective effect of zaditen is associated with its multifunctional action, which has a leveling effect on all three stages of an allergic reaction – immunological, pathochemical and pathophysiological [1, 4].

So, we can say that the results obtained by us should be taken into account in the treatment of patients with allergic diseases.

Conclusion

1. In sensitization and anaphylactic shock, there is a sharp violation of the activity of digestive enzymes of the pancreas.

2. Prophylactic long-term administration of zaditen significantly levels the disturbance in the spectrum of pancreatic enzymes in these pathologies.

3. In sensitization and anaphylactic shock the activity of Mg^{2+} -dependent ATPase is increased. Zaditen, introduced in the process of causing these allergic reactions, markedly levels the induction of the activity of this enzyme.

References / Список литературы

1. *Исмоилов С.Р., Каримова Д.Ш., Ахмедова Н.М., Ибадуллаев Б.* Нарушение нормальной микрофлоры кишечника крыс на фоне пищевой анафилаксии и их коррекция // *Світ медицини та біології*, 2014. № 2 (44). С. 119-122.
2. *Ревякина В.А., Боровик Т.Э.* Принципы терапии детей с пищевой аллергией и гипотрофией // *Вопр. охраны материнства и детства*, 2013. № 6. С. 55-56.
3. Сравнительная эффективность различных антигистаминных препаратов 2-го поколения у взрослых больных сезонным аллергическим ринитом / *Бодня О.С., Ненашева Н.М., Андренова Г.В. и др.* // *Consilium Medicum.*, 2017. Т. 19. № 3. С. 66-73.
4. *Шамитова Е.Н., Викторович Н.Н.* Развитие пищевой аллергии // *Молодой ученый*, 2016. № 26. С. 215-218.

5. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines 2016 revision / Brożek J.L., Bousquet J., Agache I. et al. // Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2017. Vol. 140 (4). P. 950-958.
 6. Prevalence and comorbidity of Allergic eczema, rhinitis, and asthma in a city in Western Turkey / Yuksel H., Dinc G., Sakar A. et al. // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol., 2008. Vol. 18 (1). P. 31-35.
 7. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update / Bernstein J.A., Lang D.M., Khan D.A. et al. // J. Allergy Clin Immunol., 2014. Vol. 133. P. 1270-1277.
 8. Updosing nonsedating antihistamines in patients with chronic spontaneous urticaria: a systematic review and meta-analysis / Guillén-Aguinaga S., Jáuregui Presa I., Aguinaga-Ontoso E. et al. // British Journal of Dermatology, 2016. T. 175. № 6. P. 1153-1165.
-

SIMULATED LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN PATIENTS WITH OBESITY III - IV DEGREE

Batirov D.Yu.¹, Musaeva A.F.², Yusupov D.D.³

(Republic of Uzbekistan) Email: Batirov511@scientifictext.ru

¹*Batirov Davron Yusupovich - Candidate of Medical Sciences,
Assistant Professor, Head of the Department,
DEPARTMENT OF FACULTY AND HOSPITAL SURGERY;*

²*Musaeva Amina Fayzullaevna - Student;*

³*Yusupov Doston Davronbekovich - Student,
MEDICAL FACULTY, URGENCH BRANCH
TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *the problem of prevention, diagnosis and treatment of gallstone disease is relevant in modern surgery due to the increase in its prevalence and the presence of complications, sometimes life-threatening and leading to disability.*

According to most studies, from 10 to 25% of the European population suffers from gallstone disease. Approximately y quarters of the population are over 60 years old and a third over 70 years old have gallstones. Among this category of patients is dominated by the elderly and senile age, in most cases with severe concomitant somatic diseases.

Keywords: *obesity, simultaneous operations, laparoscopy, minimally invasive, appendectomy, calculous cholecystitis.*

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III - IV СТЕПЕНИ

Батиров Д.Ю.¹, Мусаева А.Ф.², Юсупов Д.Д.³

(Республика Узбекистан)

¹*Батиров Даврон Юсупович – кандидат медицинских наук,
доцент, заведующий кафедрой,
кафедра факультетской и госпитальной хирургии;*

²*Мусаева Амина Файзуллаевна – студент;*

³*Юсупов Достон Давронбекович – студент,
лечебный факультет, Ургенчский филиал
Ташкентская медицинская академия,
г. Ургенч, Республика Узбекистан*

Аннотация: проблема профилактики, диагностики и лечения желчнокаменной болезни является актуальной в современной хирургии в связи с увеличением её распространенности и наличием осложнений, порой угрожающих жизни и приводящих к инвалидизации.

По данным большинства исследований, от 10 до 25% населения Европы страдает желчнокаменной болезнью. Примерно у четверти населения старше 60 лет и у трети старше 70 лет присутствуют желчные камни. Среди данной категории больных преобладают лица пожилого и старческого возраста, в большинстве случаев имеющие тяжелые сопутствующие соматические заболевания.

Ключевые слова: ожирение, симультанные операции, лапараскопия, малоинвазивность, аппендэктомия, калькулезный холецистит.

Учитывая данную ситуацию, современное развитие хирургии требует применения различных методов для лечения этой категории больных, особенно максимально щадящих и малоинвазивных [1, 2, 3].

Малоинвазивные методы хирургического лечения, основными преимуществами которых являются снижение травматичности операции, частоты и тяжести осложнений, резкое сокращение сроков послеоперационной нетрудоспособности, стали вытеснять традиционные операции, сопровождающиеся широкой лапаротомией, в связи с её недостатками, связанными со вскрытием брюшной полости, большой операционной травмой [4, 5, 6].

Массовые обследования населения США, Германии, Великобритании, Японии, Швеции и др. (ВОЗ, 1985) показали, что 30% подлежащих хирургическому лечению больных страдают еще одним или несколькими заболеваниями. Однако симультанные операции выполняются лишь менее чем в 6% случаев (в ведущих клиниках мира опытными специалистами). Это означает, что более 94% из них в будущем ожидают повторные оперативные вмешательства или продолжают страдать от этих болезней [7, 8].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных хроническим калькулёзным холециститом и ожирением III-IV степени путем усовершенствования симультанных лапароскопических операций.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах клинического обследования 121 больного с ожирением III-IV степени, которым выполнены различные варианты симультанных лапароскопических операций (СЛО).

Данные о распределении больных по полу и возрасту, произведенном согласно классификации ВОЗ (1962), представлены в таблице.

Как видно из таблицы, большинство больных (69,42%) были в наиболее трудоспособном возрасте - от 20 до 59 лет.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет				Всего
	< 19	20-44	45-59	60-74	
Женщины	1	34	41	25	101
Мужчины	-	3	6	11	20
Всего	1	37	47	36	121

В зависимости от характера выявленных хирургических заболеваний и сопутствующих терапевтических патологий больные были разделены на две группы. Первую группу составили 60 (49,59%) больных, у которых, кроме сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости, существенные сопутствующие терапевтические заболевания не выявлены.

Во вторую группу включены 61 (50,41%) больных, у которых, кроме сочетанных заболеваний органов брюшной полости с ХХХ, имело место ожирение III-IV степени, то есть больные с высокой степенью операционного риска.

Выполненные симультанные лапароскопические операции разделены на 3 группы по классификации Lohlein D., Pichlmaier (1978). В контрольной группе 28 операции отнесены к малым и 32 - к средним симультанным операциям. В основной группе из-за

сопутствующих терапевтических патологий все 61 операций отнесены к операциям с высокой степенью риска.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли на персональном компьютере включая использование встроенных функций статистической обработки. Достоверность отличий между группами и изучаемыми критериями определяли с помощью критерия Стьюдента, достоверными считали отличия при вероятности совпадения менее 5% ($P < 0,05$).

Результаты исследований. Во всех случаях основным этапом СЛО была лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Следует отметить, что у 30% пациентов сочетанная хирургическая патология явилась интраоперационной находкой, но это не стало причиной отказа от выполнения симультанного этапа операции.

В каждой из групп было по 9 пациенту, у которых сочетанной патологией была спаечная болезнь брюшной полости. У 11 (18,03%) больных второй группы наблюдали спаечный процесс брюшной полости после ранее перенесенных операций открытыми способами. Учитывая, что у больных с высокой степенью операционного риска, в частности с ожирением III-IV степени, рассечение спаек имеет особое значение, мы усовершенствовали «подвижной» L-образный крючок-электрод специальной модификации. При выраженном спаечном процессе применение его в несколько раз сокращает время выполнения данного этапа операции, обеспечивая надежный гемостаз, предупреждая разрывы спаек, десерозирование стенки кишечника, кровотечения и другие осложнения (этот крючок, собирая спайки вместе, компрессует их, рассекает на месте с помощью коагуляции). С помощью «подвижного» L-образного крючка-электрода рассечение спаек произведено у 21 больного второй группы.

ЛХЭ лапароскопической аппендэктомией (ЛАЭ) выполнена у 4 (6,66%) больных первой и у 3 (4,92%) больных второй группы.

На начальных этапах исследования мы использовали несколько традиционных лапароскопических способов. Опыт, приобретенный в ходе выполнения этих операций, позволил

усовершенствовать и выбрать наиболее удобные и оптимальные варианты ЛАЭ.

В первом варианте ЛАЭ на основание червеобразного отростка накладывали 2 клипсы или эндопетли, рассекая между ними. При этом культя червеобразного отростка не погружается в купол слепой кишки, и не производится перитонизация. Этот способ мы использовали в начале нашего исследования у больных первой группы с неподвижным куполом слепой кишки или наличием спаечного процесса.

Во втором варианте ЛАЭ у 4 больных первой группы, также с неподвижным куполом слепой кишки или со спаечным процессом, основание червеобразного отростка и брыжейку его ушивали с помощью аппарата эндо GIA. При этом способе культя червеобразного отростка также не погружается в купол слепой кишки, и не производится перитонизация. От этой методики нам также пришлось отказаться из-за присущих ей недостатков и высокой стоимости аппарата эндо GIA.

В третьем варианте ЛАЭ с помощью биполярного электрода червеобразный отросток отделяли от брыжейки через серозную оболочку, что обеспечивало надежный гемостаз. Затем на основание отростка в двух местах накладывали эндопетли и рассекали между ними с помощью биполярной коагуляции. Этой методикой прооперированы 2 больных второй группы. Однако этот способ также не оправдал наших ожиданий.

В четвертом варианте ЛАЭ через троакар (10 мм) в правой подвздошной области, расширенной с помощью ранорасширителя, держа зажимом через апикальную часть, червеобразный отросток вместе с куполом слепой кишки выводится наружу. После этого аппендэктомия производится классическим методом: культя отростка погружается в купол слепой кишки кисетным и Z - образными швами, при необходимости производится перитонизация. Затем купол слепой кишки погружается в брюшную полость. Как показал наш опыт, этот способ ЛАЭ, независимо от того, выполняется ли она изолированно или симультанно, является самым надежным. По этой методике были оперированы 3 больных второй группы. Вместе с тем ее можно использовать лишь в тех случаях, когда

толщина брюшной стенки не превышает 5-6 см, купол слепой кишки подвижный, а вокруг отростка отсутствует спаечный процесс.

В пятом варианте ЛАЭ все этапы операции - рассечение брыжейки, сшивание ее, перевязка от основания, погружение в купол слепой кишки с помощью кисетных и Z - образных швов и т.д. – выполняли только лапароскопическими инструментами. Этим способом прооперированы 3 больных первой группы. Из-за технических сложностей в дальнейшем мы отказались от использования этой методики.

Всем 24 больным (9 больных первой, 15-второй группы) ХКХ с грыжами передней брюшной стенки (белой линии живота и пупочные грыжи) ЛХЭ выполнялась с герниопластикой (ГП).

В настоящее время в большинстве случаев операции грыжесечения выполняются традиционными способами. То есть, доля лапароскопических технологий в этом разделе хирургии остается небольшой, так как лапароскопическая герниопластика требует от хирурга соответствующего мастерства и опыта владения данной техникой. Поэтому разработка новых усовершенствованных лапароскопических методов ГП является актуальной задачей.

В первом варианте у 9 больных первой группы с грыжами небольших размеров (грыжевые ворота менее 2-4см) над грыжевым выпячиванием производили разрез кожи длиной 10-15мм. Найдя грыжевой мешок и открыв его, после определения жизнеспособности грыжевого содержимого, его вправляли в брюшную полость. Затем через грыжевые ворота в брюшную полость вводили лапароскоп, и проводили герметизацию с помощью двух зажимов. Далее ЛХЭ производили по обычной методике. В дальнейшем порт лапароскопа перемещали в эпигастрии и под контролем лапароскопа специальной иглой сшивали мышечно-апоневротические слои, устраняя дефект.

Второй вариант ГП применили у 15 пациентов второй группы при наличии дефекта брюшной стенки более 4 см. Для герниопластики таких грыж нами предложена усовершенствованная методика (заявка на патент IDP 2002 0079), при которой грыжевые ворота ликвидировали специальной

полипропиленовой сетью. Над грыжевым выпячиванием производили поперечный или продольный разрез кожи длиной 1,5-2 см. После идентификации грыжевой мешок вскрывали, определяли жизнеспособность его содержимого, а затем погружали в брюшную полость. Через это место в брюшную полость вводили 10мм троакар и 2-4 зажимами производили герметизацию. После выполнения этапа ЛХЭ в брюшную полость вводили заранее подготовленную полипропиленовую сетку, площадь которой равнялась на 2-4 см больше размера грыжевой вороты. В краях сетки имелось 8-12 лавсановых нитей длиной 15-20см, расстояние между которыми не превышало 15-20мм. Чтобы нити не запутались, их аккуратно фиксировали капроновыми нитками к краю сетки. В брюшной полости сетка расправляется и подводится к дефекту брюшной стенки. Затем специальной иглой все нитки по очереди выводятся кнаружи и крепко завязываются над апоневрозом. Все манипуляции выполняются строго под контролем лапароскопа. Это позволяет закрепить сетку и надежно ликвидировать дефект брюшной стенки без натяжения, а также намного облегчает выполнение всех этапов операции.

Известно, что ХКХ чаще болеют женщины, у которых сопутствующими могут быть различные гинекологические заболевания. Операции лапароскопическая цистэктомия (ЛЦЭ) из яичника, консервативная лапароскопическая миомэктомия (ЛМЭ) и добровольная хирургическая стерилизация (ДХС) являются общехирургическими. Мы считаем, что эти операции может выполнять хорошо владеющая лапароскопической техникой хирургическая бригада, тем более они являются симультанными этапами. Приобретя опыт, мы также стали самостоятельно выполнять такие операции.

ЛХЭ с ЛЦЭ выполнены у 35 пациенток (у 15 первой и 20 - второй группы). При этом применяли 5 вариантов ЛЦЭ.

1 вариант использовался у женщин (у 3 больных первой группы), у которых размеры кист яичников не превышали 3-5см, подвижность их была ограничена, при наличии поликистоза яичников, у девушек и молодых женщин. После этапа ЛХЭ с помощью биполярной коагуляции производили дреллинг кисты яичников, жидкость аспирировали отсосом. Свободную часть

стенки кисты удаляли коагуляцией. Несмотря на ряд преимуществ, эта методика не лишена недостатков, так как высока вероятность рецидивов.

2 вариант применили у 8 больных (4 пациенток первой и 4 - второй группы) при наличии кист на короткой ножке, ограничении подвижности яичников. После ЛХЭ у 4 больных накладывали 2 эндопетли на основание ножки кисты, перевязывали и рассекали между ними. В сходных ситуациях у 4 больных основание ножек кисты сшивали аппаратом GIA 30, 60, а затем удаляли.

3 вариант использовали у 5 больных (у 3 больных первой и 2 - второй группы) при наличии спаек с окружающими тканями и резко ограниченной подвижности кисты. С помощью L-образного крючка - электрода производили рассечение спаек биполярной коагуляцией максимально близко к стенке кисты. Основание кисты сшивали аппаратом GIA 30, 60, после чего удаляли.

4 вариант выполнили у 5 пациенток первой и у 2 - второй группы с кистами больших размеров и хорошей подвижностью. Сначала производили пункцию кисты, содержимое аспирировали отсосом, затем над лоном выполняли маленький разрез (1 см) и в брюшную полость вводили 10 мм троакар. Края стенки кисты фиксировали зажимом и через этот порт выводили кнаружи вместе с ножкой. Цистэктомию выполняли вне брюшной полости по традиционной методике, после чего культю яичника погружали в брюшную полость (экстракорпоральная цистэктомия). Данная методика является надежной и легкой.

В ходе исследования, учитывая недостатки всех 4 вариантов, нам пришлось разработать усовершенствованный 5 вариант ЛЦЭ, который применили у 12 больных второй группы (с ожирением III-IV степени). Для облегчения проведения цистэктомии у больных с ожирением с двух краев троакара накладывали 2 П-образных шва, проходящих через все слои брюшной стенки, икрепко их завязывали. Это позволяло максимально сжать брюшную стенку. Затем края стенки кисты фиксировали зажимом и через этот порт выводили кнаружи вместе с ножкой. Цистэктомию выполняли вне брюшной полости по традиционной

методике, после чего культю яичника погружали в брюшную полость (экстракорпоральная цистэктомия). Эта методика значительно облегчает выполнение всех этапов цистэктомии.

Благодаря троакарам, введенным для ЛХЭ, выполнение ДХС возможно в 90% случаев. Только у больных с ожирением III-IV степени(10%) осуществить ДХС без введения дополнительного троакара затруднительно. Мы ЛХЭ в сочетании с ДХС провели у 37 больных(у 22 первой и у 15 - второй группы). Все заранее запланированные ДХС удалось выполнить лапароскопическими методами. Этап ДХС мы выполнили в 5 вариантах.

1 вариант. В начале нашего исследования у больных без признаков сальпингита(3 пациентки первой группы) вблизи маточных труб к матке накладывали 2 клипсы и рассекали между ними ножницами. В дальнейшем, учитывая возможность разрыва и разможнения тканей при наличии воспалительного процесса, мы отказались от использования этой методики.

2 вариант. У 4 пациенток первой и у 2 - второй группы в близких к матке частях маточной трубы в двух местах накладывали клипсы, но рассечение производили не ножницами, а с помощью биполярной коагуляции. Впоследствии мы также отказались от этой методики.

3 вариант. В этом варианте ДХС у 5 больных (у 3 больных первой и 2 -второй группы) проводили с помощью эндопетли. Однако эту методику невозможно использовать при наличии спаек с окружающими тканями и органами, воспаления (сальпингит).

4 вариант. Маточные трубы у 5 больных первой и у 4 - второй группы выводили кнаружи через троакар над лоном (дополнительный) и перевязывали их лавсановыми или капроновыми нитями либо с помощью сшивающих аппаратов, коагуляции. Рассечение между ними выполняли экстракорпорально. Данный способ хорошо зарекомендовал себя при отсутствии спаек и воспаления.

Наиболее надежным и простым явился усовершенствованный нами 5 вариант. При этом у 7 пациенток первой и у 7 - второй группы в близких к матке точках маточные трубы коагулировали биполярным коагулятором, и маленький сегмент трубы удаляли.

Таким образом, ДХС с ЛХЭ можно выполнять как симультанный этап операции. Из всех вариантов самыми надежными и легкими мы считаем 4 и 5.

ЛХЭ с миомэктомией выполнены у 5 больных (у 2 - первой и у 3 - второй группы), у которых миоматозные узлы не превышали 9 недель. ЛМЭ осуществляли с помощью биполярной коагуляции, но у 2 пациенток второй группы из-за кровотечения пришлось лапароскопическим инструментарием ушить ложе узла.

Возникшие у наблюдаемых нами больных осложнения были разделены на 3 группы по классификации Т.Б. Дубошиной (1980). Так, подкожная эмфизема, развившаяся у 2 (2,50%) больных первой и у 2 (2,27%) – второй группы, в течение недели самостоятельно разрешилась без осложнений. «Френикус - синдром», обусловленный воздействием пневмоперитонеума на диафрагмальный нерв, отмечался у такого же числа больных.

Из неспецифических осложнений у 21 (26,25%) больных первой и у 26 (29,54%) второй группы имели место тошнота и рвота. У 11 (13,75%) пациентов первой группы наблюдали парез кишечника, который прошел самостоятельно на 2 сутки после операции, а у 5 (6,25%) после стимуляции кишечника (прозерин п/к) и очистительной клизмы. Во второй группе это осложнение отмечалось у 15 (17,04%) больных, у 7 (7,95%) из которых пришлось прибегнуть к стимуляции кишечника и очистительной клизме. У остальных же оно прошло самостоятельно в течение 2 суток. Среди больных первой группы было по одному случаю нагноения и выделения серомы из эпигастральной раны.

Во всех случаях болевые ощущения после СЛО не были сильными и легко купировались в первые сутки, а через 24 часа общее состояние больных оценивалось как удовлетворительное.

В течение 24 часов после операции полностью активизировались 114 (67,85%) пациентов (58 - первой и 56 - второй группы), через 36 часов состояние всех больных было удовлетворительным. 6 (7,50%) больных первой и 2 (2,27%) - второй группы через 6 часов после операции могли самостоятельно двигаться и на следующий день были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 1. Применение усовершенствованных нами способов симультанных лапароскопических операций у больных хроническим калькулёзным холециститом и с ожирением III-IV степени позволило максимально снизить послеоперационные осложнения и избежать летальных исходов.

2. Легкость, простота, быстрота и малоинвазивность усовершенствованных нами симультанных лапароскопических операций позволяет выполнять их даже у больных с высокой степенью хирургического риска, обусловленного с ожирением III-IV степени.

3. Использование усовершенствованных нами симультанных лапароскопических операций позволяет уменьшить время пребывания больных в стационаре, снизить расходы на лечение и оплату листов временной нетрудоспособности, что имеет важное медико-социальное значение.

Список литературы / References

1. Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Сочетанные операции при хирургических заболеваниях органов брюшной полости у больных вентральными грыжами // Вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. Ташкент, 1994. С. 77-78.
2. Акилов Х.А., Сайдазимов Е.М., Ахмедов А.В. Лапароскопические вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия Узбекистана, 2004. №1. С. 3-6.
3. Аталиев А.Е., Мадаминов Р.М., Эргашев Ш.К. Симультанные операции в хирургической практике // Сочетанные одномоментные операции: Тез. докл. Респ. конф. хирургов. Бухара, 1992. С. 15-16.
4. Баков В.С. Симультанные лапароскопические операции при сочетанных патологиях органов брюшной полости и малого таза: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. С. 5-24.
5. Баспаев Б.И., Нурексев Ж.Н., Жанабеков К.Ж. Анестезиологическое обеспечение в лапароскопической хирургии // Анестезиол. и интенсивная терапия, 1996. № 1 (2). С. 71.

6. Возможности малоинвазивных методов лечения острого холецистита у больных с высоким операционным риском / Ш.И. Каримов, В.Л. Ким, М.Ш. Хакимов и др. // Хирургия Узбекистана, 2004. № 1. С.46-50.
 7. *Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И., Амелина М.А.* Десятилетний опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с ожирением III-IV степени // Эндоскоп. хир., 2004. № 3. С.10-15.
-

RANGE OF ETIOPAGENETIC SYNDROME FACTORS OF ANCERRENT FEET

Yodgarova U.G. (Republic of Uzbekistan)

Email: Yodgarova511@scientifictext.ru

*Yodgarova Umida Gaybullaevna – Assistant,
DEPARTMENT OF NEUROLOGY,
TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE,
TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *the article discusses the etiological factors of restless legs syndrome, their influence on the quality of life and the severity of the disease. 40 patients with restless legs syndrome were analyzed on the basis of data obtained through clinical examination, biochemical parameters and a test survey system. As a result, we can assume that restless legs syndrome may indeed occur against the background of polyneuropathy, and the question arises whether restless legs syndrome may be a predictor of Parkinson's disease.*

Keywords: *restless legs syndrome, primary, secondary, depression.*

СПЕКТР ЭТИОПАГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ

Ёдгарова У.Г. (Республика Узбекистан)

*Ёдгарова Умида Гайбуллаевна – ассистент,
кафедра неврологии,*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Аннотация: *в статье рассматриваются этиологические факторы синдрома беспокойных ног, их влияние на качество жизни и тяжесть заболевания. Было проанализировано 40 пациентов с синдромом беспокойных ног на основании данных, полученных при помощи клинического осмотра, биохимических показателей и системы тест-опроса. В результате можем предположить, что синдром беспокойных ног действительно может возникнуть на фоне полинейропатии, кроме того,*

возникает вопрос, может ли синдром беспокойных ног являться предиктором болезни Паркинсона.

Ключевые слова: синдром беспокойных ног, первичный, вторичный, депрессия.

Актуальность темы. Синдром беспокойных ног (СБН) — гетерогенное, органическое заболевание, ключевыми проявлениями которого являются циркадные сенсомоторные расстройства [1, 5]. К частым осложнениям СБН относятся нарушения сна, тревожно-депрессивные расстройства, ограничение социальной и бытовой активности, ведущие к снижению качества жизни. СБН делится на две группы: первичный (идиопатический) и вторичный (симптоматический) [3]. Распространенность первичного СБН, составляет 30–90%. Соответственно распространенность вторичного СБН 10–70%. Причины СБН не установлены. Предполагается участие генетических факторов. Положительный семейный анамнез является наиболее значимым фактором риска СБН [4,9]. Всего на настоящий момент обнаружена связь СБН с тремя локусами: 12q, 14q, 9p. Предполагается аутосомно-доминантный тип наследования. Возможно, что у части больных СБН дефицит железа, злоупотребление кофе, полиневропатия или другие факторы лишь выявляют имеющуюся наследственную предрасположенность, что отчасти размывает границу между первичным и вторичным вариантами СБН [2, 6. 10].

Цель исследования: определить этиологические факторы СБН, их влияние на качества жизни и тяжести заболевания.

Материал и методы исследования. Было проанализировано 40 пациентов с СБН на основании данных, полученных при помощи клинического осмотра, биохимических показателей и системы тест-опроса.

Результаты исследований. Нами было обследовано 40 пациентов, обратившихся к неврологу по разным причинам, 10% имели СБН, средний возраст составил 55 лет. Причем 99% из них диагноз СБН был поставлен впервые. Количество женщин превалировало над количеством мужчин в соотношении 2:1. Диагноз «синдром беспокойных ног» им был поставлен впервые.

Согласно нашим данным, первичный СБН составил 75% и 25% — вторичный СБН. Причиной вторичного СБН являются: 5% — полинейропатия; 12% — на фоне железодефицитной анемии и 8% — на фоне дорсопатии поясничного отдела позвоночника. Из 75% больных первичным СБН было обнаружено, что у 3% из них через пять лет от появления первых симптомов СБН развилась болезнь Паркинсона, а у 5% пациентов примерно через то же время возник эссенциальный тремор. Периодические движения конечностей во сне отрицают 42% пациентов (со слов родственников), согласно полученных нами данных. При помощи опросника CES-D на наличие и тяжесть депрессивного расстройства было выявлено, что только у 11 % нет депрессии, у 55% — легкая депрессия, у 19% — депрессия средней тяжести и у 15% больных имеется тяжелая депрессия. Чтобы выяснить, насколько страдает качество жизни данных пациентов, была проведена оценка с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey», где показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше значение, тем лучше оценка по выбранному компоненту шкалы. По полученным данным у всех оказалось значительно снижено качество жизни. Более чем в два раза снижен средний показатель как физического

компонента здоровья (РН ср. = 42), так и психологического компонента здоровья (МН ср. = 37). Для определения тяжести СБН использовались оценочная шкала СБН и шкала оценки тяжести по Д. Хопкинсу. У 80% пациентов СБН оценивается как тяжелой, у 5% пациентов как очень тяжелой и у 15% — средней степени тяжести.

Выводы: На основании полученных данных можно предположить, что СБН действительно может возникнуть на фоне полинейропатии, кроме того возникает вопрос, может ли СБН являться предиктором болезни Паркинсона. Исходя из того, что 99% пациентов диагноз СБН поставлен впервые, мы можем говорить о том, что СБН зачастую пропускается, что ведет к длительному безуспешному поиску пациентом компенсации данного состояния. Согласно полученным данным исследования, подтверждается у всех пациентов оказалось значительно снижено

качества жизни и у 80% пациентов заболевания протекает тяжелой степенью.

Список литературы / References

1. *Аверьянов Ю.Н., Подчуфарова Е.В.* // Неврол. журн., 1997. № 3. С. 12.
 2. *Левин О.С.* // Трудный пациент., 2009. № 4–5(7). С. 4.
 3. *Левин О.С.* Синдром беспокойных ног. М., 2010.
 4. *Обухова А.В., Артемьев Д.В.* // Consilium Medicum, 2010. № 9 (12). С. 72.
 5. *Allen R.P. et al.* // Arch. Intern. Med., 2005. V. 165. P. 1286.
 6. American Sleep Disorders Association. The International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual. Rochester, 2001.
 7. *Bassettia C.L.* // Eur. Neurol., 2001. V. 45. P. 67.
 8. *Benes H., Kohnen R.* // Restless Legs Syndrome / Ed. By W.A. Hening et al. Philadelphia, 2009. P. 150–160.
 9. *Brindani F. et al.* // Clin. Interv. Aging., 2009. V. 4. P. 305.
 10. *Chokroverty S.* // Restless Legs Syndrome / Ed. by W.A. Hening et al. Philadelphia, 2009. P. 111–118.
-

SOME ASPECTS OF MORPHOLOGICAL DISORDERS IN PERIODONTAL TISSUES DURING METABOLIC CHANGES IN THE BODY

Abduvakilov J.U. (Republic of Uzbekistan)

Email: Abduvakilov511@scientifictext.ru

*Abduvakilov Jahongir Ubaidulla coils – Assistant,
DEPARTMENT OF ORTHOPEDICS AT THE IMPROVEMENT
OF DOCTORS,
TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE
TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *this paper discusses the problem of the effect of systemic disorders characteristic of the metabolic syndrome on the organs and tissues of the oral cavity. Inflammatory periodontal diseases as a metabolic stressor can increase the progression of certain diseases of internal organs. Our preliminary studies allowed us to conclude that periodontal disease is more severe and with more pronounced impairments in the metabolism of connective tissue against the background of MS, which is confirmed by both clinical and biochemical data.*

Keywords: *metabolic syndrome, morphological disorders, inflammatory periodontal diseases.*

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ОРГАНИЗМЕ Абдувакилов Ж.У. (Республика Узбекистан)

*Абдувакилов Жяхонгир Убайдулла угли – ассистент,
кафедра ортопедии усовершенствования врачей,
Ташкентский государственный стоматологический институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Аннотация: *в представленной работе обсуждается проблема влияния системных нарушений, характерных для метаболического синдрома, на органы и ткани полости рта. Воспалительные заболевания пародонта в роли метаболического*

стрессорного агента могут усиливать прогрессирование некоторых заболеваний внутренних органов. Проведенные нами предварительные исследования позволили сделать заключение, что заболевания пародонта протекают тяжелее и с более выраженными нарушениями в обмене соединительной ткани на фоне МС, что подтверждается как клиническими, так и биохимическими данными.

Ключевые слова: *метаболический синдром, морфологические нарушения, воспалительные заболевания пародонта.*

Актуальной проблемой современной стоматологии на сегодняшний день является проблема влияния системных нарушений, характерных для метаболического синдрома, на органы и ткани полости рта. В свою очередь, длительно протекающие воспалительные заболевания пародонта также могут оказывать негативные системные эффекты на организм в целом. Причиной тому является связь между системными факторами и степенью тяжести заболевания, поскольку в патогенезе патологических процессов в тканях пародонта большое значение имеют микроциркуляторные, метаболические, ферментативные и иммунологические нарушения. Воспалительные заболевания пародонта в роли метаболического стрессорного агента могут усиливать прогрессирование некоторых заболеваний внутренних органов[1].

Серьезную медико-социальную проблему представляет метаболический синдром, распространенность которого согласно данным ВОЗ в индустриальных странах среди населения старше 30 лет составляет 10-20 %, в США - 25 %. Метаболический синдром характеризуется наличием у больного тканевой инсулинорезистентности, гиперинсулинемии, нарушения толерантности к глюкозе, первичной артериальной гипертензии, дислипидемии и гиперлипидемии, а также абдоминального ожирения, микроальбуминурии и гиперурикемии. Такие заболевания как сахарный диабет, артериальная гипертензия и нарушения липидного обмена, которые относятся и к составляющим понятия метаболический синдром, могут влиять на прогрессирование заболеваний пародонта в большей степени, чем

пародонтальные патогены[3]. По результатам исследований Preshaw P. M. et al., (2012), риск развития пародонтита на фоне сахарного диабета в 2,8-3,4 раза выше, чем у лиц с неотягощенным анамнезом. В последнее время в группу хронических осложнений сахарного диабета все чаще включают патологическое изменение костной ткани. При этом имеется тенденция к снижению костной массы и изменению микроархитектоники костной ткани[4]. В развитии остеопении важную роль играют такие осложнения сахарного диабета как: 1) микроангиопатия сосудистого русла, с нарушением кровоснабжения; 2) гипогонадизм, который препятствует достижению нормального пика костной массы; 3) дефицит соматотропного гормона (СТГ), необходимого для становления пика костной массы и развития скелета при сахарном диабете I типа. Альвеолярный гребень как составная часть костной системы опорного скелета реагирует на экзо- и эндогенные факторы, воздействующие на организм человека. В ходе исследований Popović M.R, Tasić I. (2009г) была установлена обратная корреляционная связь между степенью минерализации челюстных костей и тяжестью генерализованного пародонтита. Таким образом, чем тяжелее степень пародонтита, тем ниже показатели плотности костных структур челюстно-лицевой области. Проведенные нами предварительные исследования позволили сделать заключение, что заболевания пародонта протекают тяжелее и с более выраженными нарушениями в обмене соединительной ткани на фоне МС, что подтверждается как клиническими, так и биохимическими данными[5]. При обобщении полученных данных мы пришли к выводу, что выявленные биохимические нарушения в метаболизме соединительной ткани свидетельствуют о незавершенности коллагенсинтетических процессов при осложнении заболеваний пародонта метаболическим синдромом. Анализируя связи между биохимическими нарушениями в метаболизме соединительной ткани и патологическими изменениями в тканях пародонта у больных МС, мы пришли к выводу, что эластаза и метаболиты соединительной ткани играют определенную роль в патогенезе воспалительно-дистрофических процессов в тканях пародонта на фоне МС[2].

Список литературы / References

1. *Цепов Л.М.* Межсистемные связи при болезнях пародонта/ Л.М. Цепов, А. И. Николаев // Пародонтология. 2003. № 2. С.19–24.
 2. *Мащенко И.С.* Иммунологические и гормональные аспекты патогенеза генерализованного пародонтита / И. С. Мащенко// Вісн. стоматол. Спеціальний випуск. 2003. № 1. С.22–25.
 3. *Горбачева И.А.* Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонти том / И.А. Горбачева, А.И. Кирсанов, Л.Ю. Орехова //Стоматология. 2004. № 3. С. 6–11.
 4. Заболевания пародонта и здоровье/ Р. М. Bartold, R. I. Marshall, T. Georgiou, [et al] // Пародонтология. 2003. № 3. С. 3–9.
 5. *Заверная А.М.* Методы оценки и коррекции иммунных нарушений у больных дистрофически воспалительными и воспалительно-дистрофическими заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта / А.М. Заверная, Т.Н. Волосовец, А.С. Андрусенко// Дентальные технологии. 2005. № 5/6. С.13–15.
-

ENDOCRINE STATUS OF SALIVA IN PATIENTS WITH WEDGE-SHAPED DEFECT OF TEETH

Muslimov O.K. (Republic of Uzbekistan)

Email: Muslimov511@scientifictext.ru

Muslimov Orifjon Karimberdievich – Assistant,

DEPARTMENT OF ORTHOPEDICS

AT THE IMPROVEMENT OF DOCTORS,

TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE,

TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the present paper discusses the study of the endocrine status of patients with wedge-shaped defect of teeth. We examined 68 patients with CD of the teeth and hyperesthesia of the tooth: The survey included taking anamnesis according to the scheme developed by us, interviewing, clinical examination, electro-donodiagnosis and laboratory methods for the study of hormones. The article presents the dynamics of sex hormones in the serum. Based on the stated material, recommendations for patients with KD teeth and tooth hyperesthesia are formulated.

Keywords: endocrine status, morphological disorders, periodontal inflammatory diseases.

ЭНДОКРИННЫЙ СТАТУС СЛЮНЫ У БОЛЬНЫХ С КЛИНОВИДНЫМ ДЕФЕКТОМ ЗУБОВ Муслимов О.К. (Республика Узбекистан)

Муслимов Орифжон Каримбердиевич – ассистент,

кафедра ортопедии усовершенствования врачей,

Ташкентский государственный стоматологический институт,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

Аннотация: в представленной работе обсуждается изучение эндокринного статуса больных с клиновидным дефектом зубов. Обследованы 68 пациентов с КД зубов и гиперестезией зуба: Обследование включало сбор анамнеза по разработанной нами схеме, опрос, клинический осмотр, электроодонтодиагностику и лабораторные методы исследования гормонов. В статье

представлены динамика половых гормонов в сыворотке крови. На основании изложенного материала сформулированы рекомендации для пациентов с КД зубов и гиперестезией зуба.

Ключевые слова: *эндокринный статус, морфологические нарушения, воспалительные заболевания пародонта.*

Актуальность проблемы. Анализ данных литературы, посвященной пришеечным дефектам зубов некариозного происхождения свидетельствует о неясности и противоречивости данных об этиологии, патогенезе, дифференциальной диагностике и выборе метода лечения данных видов патологии, следствием чего является низкая эффективность лечения пришеечных поражений твердых тканей зубов в клинических условиях[1]. Все это требует углубленного изучения с целью осмысления и систематизации данных о данном виде патологии и выработки рекомендаций по ее диагностике, лечению и профилактике. Современные тенденции улучшения гигиены полости рта и совершенствование системы профилактики стоматологических заболеваний привели к тому, что число пациентов, которым удается сохранить зубы до пожилого возраста, заметно возросло [3]. Одновременно с этим наблюдается значительная убыль распространенности кариеса у большинства населения индустриально развитых стран [2]. Все это увеличивает частоту встречаемости некариозных поражений зубов, возникающих после прорезывания, в том числе и клиновидных дефектов. Так, по данным разных авторов, распространенность некариозных поражений зубов среди населения в 1960—1985 гг. составляла, в среднем, от 8 до 20% [4] и, по оценкам некоторых исследователей, за последние годы достигла 70% (у населения, не связанного с профессиональными вредностями) [5]. Распространенность клиновидных дефектов возросла от 2% до 19%, соответственно [1]. Такой значительный рост распространенности некариозных поражений вообще и клиновидных дефектов, в частности, и обуславливает актуальность нашего исследования. Предрасполагающие факторы к возникновению клиновидных дефектов зубов выявлены, однако этиопатогенез этой патологии окончательно не определен.

Целью настоящего исследования явилось изучение эндокринного статуса больных с клиновидным дефектом зубов.

Материалы и методы исследования. Обследованы 68 пациентов с КД зубов и гиперестезией зуба: Обследование включало сбор анамнеза по разработанной нами схеме, опрос, клинический осмотр, электроодонтодиагностику и лабораторные методы исследования гормонов. **Результаты исследования** показали, что 79% мужчин и 82% женщин группы клиновидным дефектом имели относительный дефицит тестостерона и эстрадиола и только у 21% мужчин и 18% женщин уровень гормона в сыворотке крови соответствовал показателям здоровых лиц. Наблюдаемая динамика половых гормонов в сыворотке крови была обусловлена повышением уровня кортизола в среднем в 2,2 раза у мужчин и 1,6 раза у женщин, что может свидетельствовать об имеющемся напряжении в работе адаптационно-компенсаторных механизмов. В результате комплексных биохимических исследований слюны выявлено снижения уровня свободного тестостерона на 46% у мужчин.

Выводы. Наблюдаемое снижение уровня свободных половых гормонов в слюне на наш взгляд, приводит к увеличению гормонзависимых рецепторов в одонтоблестах пульпы зуба и тем самым могут быть одной из причин возникновения клиновидного дефекта зубов.

Список литературы / References

1. *Адян Н.Н.* Применение дентингерметизирующего ликвиора в, комплексном лечении некариозных поражений зубов (клиновидных дефектов и эрозий) Текст.: дисс. . канд. мед. наук / Н.Н: Адян. М.: 2008.- 107 с.
2. *Алимова М.Я.* Планирование и методы математической обработки результатов научных исследований в биологии и медицине Текст. / М.Я. Алимова, И.М: Макеева. М.: Москва, 2007. 91 с.
3. *Боровский Е.В.* Кариес зубов: препарирование и пломбирование Текст. / Е.В. Боровский. М: Стоматология, 2001. 144 с.

4. *Махмудханов С.М.* Клиновидные дефекты зубов Текст.: автореф. дис; . канд. мед.наук / С.М. Махмудханов. Киев: 1968. 25 с.
 5. *Ткачук М.И.* Пути повышения эффективности лечения клиновидных дефектов зубов Текст. / М.И. Ткачук // Институт стоматологии. №2. С. 38-41.
-

**QUESTIONS OF STUDYING OF HYGIENIC FEATURES
OF WORKING CONDITIONS AT THE MODERN
PHARMACEUTICAL ENTERPRISES
(REPUBLIC OF UZBEKISTAN)**

Tashpulatova M.N. (Republic of Uzbekistan)

Email: Tashpulatova511@scientifictext.ru

*Tashpulatova Munisa Nigmanjanovna - Assistant,
DEPARTMENT OF COMMUNAL HYGIENE
AND OCCUPATIONAL HEALTH,
TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *questions of studying of working conditions the working pharmaceutical productions of Uzbekistan on production of the medicines made on the basis of vegetable local raw materials at the present stage of development of pharmaceutical industry are studied not enough. Flora of the republic is characterized by a large number of different types of vegetable raw materials that on the other hand is a current problem in respect of studying of working conditions of workers on pharmaceutical productions, the organization of labor process and development of the recreational actions directed to maintaining working capacity and prevention of production exhaustion.*

Keywords: *occupational health, pharmaceutical enterprises, labor protection, workers, working conditions, organization of technology process, harmful production factors.*

**ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ
ОСОБЕННОСТЕЙ УСЛОВИЙ ТРУДА НА СОВРЕМЕННЫХ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ
(РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН)**

Ташпулатова М.Н. (Республика Узбекистан)

*Ташпулатова Муниса Нигманжановна – ассистент,
кафедра коммунальной гигиены и гигиены труда,
Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Аннотация: *вопросы изучения условий труда работающих на фармацевтических производствах Узбекистана по производству лекарственных препаратов, изготавливаемых на основе растительного местного сырья, на современном этапе развития фармацевтической промышленности изучены недостаточно. Флора республики характеризуется большим количеством различных видов растительного сырья, что с другой стороны является актуальной проблемой в плане изучения условий труда работников на фармацевтических производствах, организации трудового процесса и разработки оздоровительных мероприятий, направленных на сохранение работоспособности и профилактику производственного утомления.*

Ключевые слова: *гигиена труда, фармацевтические предприятия, охрана труда, рабочие, условия труда, организация технологического процесса, вредные производственные факторы.*

Общеизвестно, что лекарственные средства имеют важное значение в профилактике и лечении заболеваний. В связи с этим руководством страны уделяется особое внимание развитию фармацевтической промышленности, обеспечению населения и лечебно-профилактических учреждений качественными, высокоэффективными и безопасными лекарственными средствами отечественного производства [2, 3, 6].

Со стороны Правительства РУз изданы ряд нормативно-законодательных актов, среди которых «Программа мер по дальнейшему развитию фармацевтической промышленности республики на 2016-2020 годы» (2016) включает в себя широкое производство фармацевтической продукции из растительного, минерального, химического и биологического сырья местного происхождения. На основе Указа Президента Республики Узбекистан за №5032 от 3 мая 2017 года организованы свободные экономические зоны для выращивания сырья для фармацевтической отрасли. Также Постановление Президента Республики Узбекистан «О дополнительных мерах по ускоренному развитию фармацевтической отрасли».

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан уделяет большое внимание внедрению фитопрепаратов в

медицину, в основе которого лежит новое направление фитониринг, позволяющее с помощью самых современных научных методов выявлять действующие вещества лекарственных растений и на их основе разрабатывать и внедрять в производство препараты, используя инновационные технологии. Известно, что в настоящее время в республике функционируют более 15 фармпредприятий, занимающиеся выпуском галеновых препаратов (экстракты, настойки, сиропы, сухие травяные сборы и др.). Препараты из растений включают размельченный или растертый материал растений, экстракты, настойки, жирные или основные масла, выдавленные соки и препараты, при изготовлении которых используется фракционирование, очистка или концентрация. Лекарственное растительное сырье, используемое в фармацевтической промышленности, согласно законодательству республики подлежит обязательной сертификации [4, 10].

Вопросы изучения условий труда работающих фармацевтических производствах Узбекистана по производству лекарственных препаратов, изготавливаемых на основе растительного местного сырья, на современном этапе развития фармацевтической промышленности изучены не достаточно. Флора республики характеризуется большим количеством различных видов растительного сырья, что с другой стороны является актуальной проблемой в плане изучения условий труда работников на фармацевтических производствах, организации трудового процесса и разработки оздоровительных мероприятий, направленных на сохранение работоспособности и профилактику производственного утомления [11, 12].

Таким образом, за годы независимости в стране для развития фармацевтической промышленности созданы большие возможности в плане увеличения ассортимента готовой продукции, конкурентоспособной на мировом рынке, но вопросы гигиены труда на современных фармацевтических производствах выпадают из центра внимания, уделяя внимание в основном на токсиколого-гигиеническую оценку отдельных лекарственных средств и компонентов.

Так, рядом авторов изучены условия труда работников на производствах отдельных лекарственных препаратов: галантамина, анальгина, строфантина и др. препаратов. Между тем, особенности таких производств обуславливает возможность воздействия на рабочих комплекса неблагоприятных факторов [1, 7].

Во многих источниках говорится, что фармацевтические заводы относятся к числу производств, характерной особенностью которых является использование широкого ассортимента неорганических и органических химических веществ как природного, так и полученных путем органического синтеза. Получение лекарственных препаратов на этих производствах является прерывистым процессом, сопряженным с частой загрузкой и выгрузкой сырья, в том числе и растительного, реагентов, различных компонентов, что, с гигиенической точки зрения, весьма неблагоприятно, т.к. сопровождается загрязнением воздуха производственной среды [8, 9].

Проведенный нами анализ литературных источников показал, что условия труда на фармацевтических предприятиях характеризуются широким применением ручных операций, выполняемых при запыленности воздуха пылью смешанного состава, а также аэрозолями различных реагентов, используемых в технологическом процессе. Концентрация пыли в воздухе колеблется в весьма широких пределах в зависимости от этапа технологии. Так, установлено, что содержание лекарственной пыли в различных цехах может быть от 0,01 до 727 мг/м³, при просеивании лекарств запыленность может достигать 800 мг/м³. Особая опасность возникает при изготовлении таблетизированных антибиотиков, т.к. антибиотики обладают аллергенным действием даже в низких концентрациях. А запыленность воздуха при производстве антибиотиков составляет от 0,44 мг/м³ до 400 мг/м³. При использовании процессов биотехнологии, например, при микробиологическом синтезе ферментов, в воздухе рабочей зоны регистрируются не только повышенные концентрации пыли конечного продукта, но и значительная обсеменённость воздуха микроорганизмами. Источниками микробных и механических загрязнений являются одни и те же: некачественная фильтрация, технологическое оборудование, особенно его трущиеся детали,

окружающий воздух, персонал и некачественно подготовленные ампулы [1, 7, 13].

Ряд исследователей отмечали, что пыль, загрязняющая воздух рабочей зоны на фармацевтических производствах, чаще всего представляет собой мелкодисперсные частицы лекарственных препаратов с примесью минеральных веществ, причём при выпуске некоторых препаратов концентрация только лекарственных компонентов может быть в 1,5-3 раза выше предельно-допустимой [5, 14].

Необходимость использования в технологии производства лекарств широкого ассортимента растворителей и экстрагентов может приводить к загрязнению их парами воздуха рабочей зоны. Было отмечено, что при производстве ряда лекарственных препаратов воздух рабочей зоны загрязняется аммиаком, ацетоном и др., концентрация которых в воздухе в 2-3 раза выше ПДК. Такой уровень загрязнения вполне сопоставлен с загрязнением воздушной среды на фармацевтических производствах, где концентрация растворителей также может в 3-4 раза превышать ПДК [1, 7].

Исследованиями зарубежных и отечественных авторов установлено, что современное производство лекарственных препаратов сопряжено с использованием поточных линий, на которых, помимо пыли и химических веществ, работающие подвергаются воздействию целого ряда дополнительных факторов: температура воздуха производственной среды, шума, монотонности труда, напряжения органов зрения. Однако гигиенические характеристики этих факторов разработаны недостаточно, для условий жаркого климата есть сведения лишь для отдельных процессов и операций [8, 15].

Анализ собранной литературы был направлен на определение основной информации, раскрывающей картину об условиях труда работающих на производствах лекарственных препаратов. Особое внимание в дальнейшем необходимо направлять на изучение организации и содержания трудового процесса, ведущих производственных факторов, которые могут оказывать неблагоприятное воздействие на организм работников (шум, вибрация, пыль, состояние освещения, неблагоприятный

микроклимат, бактериологическая обсеменённость и др.). Учитывая всё выше сказанное, указанные вопросы гигиены труда на фармацевтических производствах станут предметом исследований в последующих исследованиях.

Список литературы / References

1. *Аббосов М.К., Муродов С.А.* Изучение воздуха рабочей зоны предприятия по производству лекарственных растительных препаратов // Молодой ученый, 2016. № 8.6. С. 2-4.
2. *Андрианова Г., Соболева, С.* Анализ тенденций формирования регионального фарм. рынка // Фармация, 1999. № 5. С.39-41.
3. *Антониу Т.* Фармацевтическая отрасль в меняющемся мире // Ремедиум. 2000. № 12. С. 22-23.
4. *Арзамасцев А.П., Битерякова А.М.* Основные направления развития высшего фармацевтического образования // Фармация, 2002. № 1. С. 33-36.
5. *Беликов В.Г.* Анализ лекарственных средств фотометрическими методами. Опыт работы отечественных специалистов // Российский химический журнал. 2002. № 4. С. 46.
6. *Береговых В.В., Касьянова О.М.* Анализ нормативной базы ценообразования на лекарственные средства в РФ // Фармация, 2001. № 5. С. 3-4.
7. *Бехбутова М.Д.* Гигиенические аспекты условий труда работников на фармацевтических производствах // Молодой ученый, 2017. № 1.2. С. 21-22.
8. *Джангозина Д.М., Темиреева К.С., Аманжол И.А., Абдуллабекова Р.М., Тукубаева Г.Н., Перепичко Н.З., Ивлева Л.П., Ахметова А.Ж., Дербуш С.Н., Кудеринова М.К.* Факторы производственной деятельности, влияющие на условия труда фармацевтических работников // Международный журнал экспериментального образования, 2009. № 3. С. 31-36;
9. *Дегтярев Е.В.* Анализ лекарственных средств в исследованиях, производстве и контроле качества // Российский химический журнал, 2002. № 4. С. 46.

10. Жолдокова З.И., Харчевникова Н.В. Прогноз опасности химических веществ в зависимости от структурной активности с учетом биотрансформации // Гигиена и санитария, 2000. № 1. С. 25.
 11. Мошкова Л.В. Фармацевтическая деятельность, нормативная база // Новая аптека, 2000. № 8. С. 7–13.
 12. Феофанов В.Н. Разработка продолжительности сокращенного рабочего времени на работах с неблагоприятными условиями труда // Сб. тезисов научно-практической конференции. Зарафшан, 2002. С. 68–69.
 13. Халенко А.И., Корбакова И.В., Саноцкий И.В., Уланова И.Р. Гигиенические аспекты регламентации химического фактора производственной среды // Медицина труда и промышленная экология, 1996. № 1. С. 23–27.
 14. Яковлев А.А. Маркетинг в аптечном предприятии: эффективное решение в условиях современного рынка // Бюллетень «ФАРМ-индекс», 2003. № 143. С. 45–48.
 15. Bogomolov A., Hachey M. Software for interactive curve resolution using SIMPLISMA В кн: Progress in Chemometrics Research (Ed: A.L. Pomerantsev) NovaScience Publishers. New York, 2005. P. 119–135.
-

MODERN VIEW OF THE SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES (LITERATURE REVIEW)

Gozibekov J.I.¹, Zayniev A.F.², Tilavova Yu.M.³

(Republic of Uzbekistan) Email: Gozibekov511@scientifictext.ru

¹Gozibekov Jamshid Isanbaevich – assistant;

²Zayniev Alisher Faridunovich - researcher;

³Tilavova Yulduz Muhammadshukur qizi – student,
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES NO. 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the problem of early diagnosis and timely adequate treatment of pathological formations of the thyroid gland, which today occur in 4-10% of the population, still remains relevant. Currently, there is a tendency to increase the number of nodules of the gland. This article presents the prevalence of nodular formations of the thyroid gland in the world and addresses the issue of the current possibilities of complex diagnostics and treatment of this pathology. Special attention is paid to fine-needle aspiration biopsy, which plays a crucial role in the diagnosis of thyroid cancer.

Keywords: thyroid gland; morphological form; nodal formation; thyroid cancer.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Гозибеков Ж.И.¹, Зайниев А.Ф.², Тилавова Ю.М.³

(Республика Узбекистан)

¹Гозибеков Жамшид Исанбаевич - ассистент;

²Зайниев Алишер Фаридунович – соискатель;

³Тилавова Юлдуз Мухаммадишуккур кизи – студент,
кафедра хирургических заболеваний №1,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: проблема ранней диагностики и своевременного адекватного лечения патологических образований щитовидной железы, которые на сегодняшний день встречаются у 4–10 % населения, до сих пор остаётся актуальной. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа узловых образований щитовидной железы. В данной статье представлена распространенность узловых образований щитовидной железы в мире и рассматривается вопрос о современных возможностях комплексной диагностики и лечении данной патологии. Особое внимание отдано на тонкоигольную пункционную аспирационную биопсию, которая играет решающую роль в диагностики рака щитовидной железы.

Ключевые слова: щитовидная железа; морфологическая форма; узловые образования; рак щитовидной железы.

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа узловых образований щитовидной железы (УО ЩЖ) [16]. Частота выявляемости узлов в щитовидной железе (ЩЖ) зависит от метода исследования. При пальпации ЩЖ узловые образования обнаруживают у 4–6 % населения в районах с достаточным содержанием йода в воде и пище, в зонах зобной эндемии распространенность их несколько выше. Распространенность рака ЩЖ среди узловых образований, ЩЖ, по данным разных авторов, составляет от 2,4 до 31,4 %. По данным В.В. Двойрина (2001), темп прироста рака щитовидной железы (РЩЖ) за последнее десятилетие составил 131–133 %, что значительно превышает показатели других онкологических заболеваний. По данным американского онкологического общества, в США ежегодно регистрируется около 17 000 новых случаев заболевания и около 1300 случаев смерти, связанной с РЩЖ. По данным С.И.Исмоилова, частота встречаемости узловых эутиреоидных заболеваний составляет от 10 до 62 %. Под термином “узловые заболевания” рассматривают узловой коллоидный зоб (УКЗ), аденомы, “псевдоузлы” при хроническом аутоиммунном тиреоидите (ХАИТ), различные морфологические варианты РЩЖ, а также их сочетания. О том, что распространённость очаговых поражений ЩЖ чрезвычайно

высока во многих странах мира, свидетельствуют многочисленные исследования. Так, во Франции на 1 тыс. человек приходится в среднем 35 % узловых образований ЩЖ, в США на 100 человек – 21 % (4–7 % всего населения), в Японии на 450 человек – 19 %. В Узбекистане на 2 тыс. населения приходится в среднем до 10% очаговой патологии [3].

Единой общепринятой морфологической классификации УО ЩЖ в настоящее время не существует. До сих пор продолжается горячая дискуссия о клинической ценности и значимости той или иной классификации патологии ЩЖ. анализ литературы показал, что мнения разных авторов во многом расходятся, а не редко и исключают друг друга [4, 16]. Так, говоря о классификации УО ЩЖ, ряд авторов предлагает пользоваться схемой Э.Касаткиной (2001). В то же время, Е.Ф.Лушников (2002) утверждает, что предложенная схема является спорной, подчеркивая, что зоб, как понятие, нельзя рассматривать в отрыве от теории и практики медицины и предлагает наряду со специальными классификациями О.В. Николаева (1955), О.К. Хмельницкого (1997) и др. использовать предложенную им базовую классификацию [7]: 1. Йоддефицитные болезни (зобная болезнь). 1.1. Гиперпластический зоб. 1.2. Гипертрофический зоб. 1.3. Смешанный зоб. 2. Аутоиммунные болезни. 2.1. болезнь Грейвса. 2.2. болезнь Хасимото. 3. Воспалительные болезни. 3.1. Тиреоидиты микробные. 3.2. Тиреоидит де Кервена. 3.3. Тиреоидит риделя. 4. Генетические болезни. 4.1. Дисгормональная струма. 4.2. Врожденные аномалии. 5. Новообразования. 5.1. Доброкачественные. 5.2. Злокачественные. 6. Комбинированные болезни. 6.1. разные болезни одной ЩЖ. 6.2. болезни ЩЖ и других органов у одного пациента. 7. Другие болезни. Важной проблемой является использование в научной и практической деятельности принятых международных классификаций. Например, международная гистологическая классификация опухолей ЩЖ (ВОЗ, 1988) на русский язык не была переведена, а потому для части патологов оказалась недоступной [11]. До настоящего времени это является одной из причин разногласий в диагнозах и наряду с низким качеством гистологических препаратов в некоторых медицинских

учреждениях источником неточностей в статистике новообразований. Так, диссонансом выглядят данные Выявить РЩЖ на основании только данных анамнеза и физикального обследования довольно сложно. Это связано с тем, что большинство злокачественных опухолей ЩЖ относятся к высокодифференцированным и ничем не отличаются от доброкачественных узлов ЩЖ. Такие общепринятые критерии злокачественности, как быстрый рост узла и плотная консистенция, мало помогают в дифференциальной диагностике доброкачественных заболеваний и рака ЩЖ. Так, с одной стороны, быстрый рост узла часто наблюдают при кровоизлиянии в аденому, а у лиц с тиреоидитом Хасимото в ЩЖ обнаруживают плотные узлы, с другой, злокачественный узел может быть мягким при пальпации и длительно существовать в ЩЖ без признаков роста. Такие критерии злокачественности узла, как отсутствие смещаемости при глотании, охриплость голоса, увеличение регионарных лимфатических узлов, являются более специфичными, однако встречаются крайне редко. Между тем, клинические данные следует обязательно учитывать при оценке УО ЩЖ. Прежде всего, те из них, которые указывают на высокий риск злокачественности данного узла, а именно возраст больного старше 60 лет и моложе 25 лет, мужской пол, облучение области головы и шеи в анамнезе, размер узла, превышающий 3–4 см [15]. Информативность пальпаторного обследования составляет от 35 до 62,5 %, а в 25–36 % наблюдений пальпируемые солитарные узлы при применении дополнительных методик оказываются множественными [4, 10]. Проведенный анализ показывает, что в 26–40 % наблюдений имеется несовпадение данных пальпаторного обследования в отношении количества узлов с оперативными находками [11]. Достоверность пальпаторного исследования зависит от размера и месторасположения узла, размера и формы шеи, опыта врача. Наряду с общепринятыми лабораторными исследованиями (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма), больным с УО ЩЖ необходимо исследование гормонального статуса. При выявлении у пациента УО ЩЖ показана оценка уровня ТТГ высокочувствительным методом [20]. При

обнаружении сниженного уровня ТТГ дополнительно проводится определение уровня свободного Т4 и свободного Т3, при обнаружении повышенного ТТГ – уровня свободного Т4. Определение уровня тиреоглобулина, а также антител к ЩЖ в диагностическом поиске при узловом зобе не целесообразно.

Широкое внедрение в клиническую практику современных инструментальных методов исследований позволило существенно увеличить дифференциальные возможности в диагностике УО ЩЖ [21]. Однако в многочисленных работах приводятся противоречивые данные о диагностической ценности каждого из существующих методов, а также о возможностях их сочетания или последовательного применения. До сих пор “золотым” стандартом диагностики УО ЩЖ остается плановое гистологическое исследование. Своевременная и точная диагностика УО ЩЖ имеет важное значение в выборе метода лечения, объема и характера оперативного вмешательства. Обзорная рентгенография не имеет существенного значения в диагностики УО ЩЖ и позволяет судить о характере поражения лишь по косвенным признакам смещение, сдавление трахеи и пищевода, ретротрахеального пространства, широко применялся метод пневмотиреоидографии, заключающийся в контрастировании щитовидной железы введением кислорода в межфасциальное пространство шеи [9].

Одним из методов, применяемым для обследования пациентов с УО ЩЖ, является радионуклидное сканирование (РНС) ЩЖ. Характер накопления радиофармпрепарата в ЩЖ обусловлен ее функциональной активностью. Сканограмма дает возможность определить топографию, форму, размеры доли, а также функциональную активность узловых образований и паренхимы ЩЖ. Трудно не согласиться с мнением ряда исследователей, о том, что на современном этапе развития тиреоидологии выявление УО ЩЖ при РНС нецелесообразно, так как полученная при помощи метода информация не представляет большой диагностической ценности. Существовавшее ранее мнение о том, что подозрительными на рак являются “холодные” узлы, в настоящее время подвергается сомнению, поскольку есть данные, подтверждающие, что раковые опухоли также способны

накапливать фармпрепараты, описаны случаи выявления рака в функционирующих, “теплых” и гиперфункционирующих, “горячих” узлах. Вместе с тем указанные авторы, равно как и большинство других исследователей, не считают целесообразным рутинное использование РНС для дифференциальной диагностики новообразований ЩЖ. К недостаткам метода следует отнести необходимость введения радиоактивного вещества в организм пациента, сложности при выявлении образования менее 15 мм, невозможность дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных узловых образований, при многоузловой эутиреодном зобе (МУЭЗ) интерпретация сканограмм затруднительна и сопровождается наибольшим числом ошибок.

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография – методы дорогостоящие, недоступные для большинства пациентов и не имеющие значительных преимуществ перед традиционными диагностическими тестами – могут быть использованы для выявления загрудинного зоба, метастазов опухолей, для выявления инвазии смежных структур при местно-распространенной форме рака [21]. В типичных клинических случаях КТ и МРТ не имеют сколько-нибудь статистически значимых преимуществ перед УЗИ в сочетании с тонкоигольной пункционной аспирационной биопсией (ТПАБ) под ультразвуковым контролем [8].

Ультразвуковое исследование в настоящее время наиболее широко используется для выявления УО ЩЖ. с высокой разрешающей способностью УЗИ позволяет определить локализацию и размеры узлов, оценить ультразвуковые характеристики, на основании которых возможно проведение дифференциальной диагностики узловых образований. Так, при УЗИ ЩЖ частота выявления не диагностированных ранее узлов у взрослых Учитывая высокую интенсивность кровотока в ЩЖ, дифференциально-диагностическая значимость доплерографического исследования при узловых образованиях ЩЖ незначительна.

В предоперационном обследовании больного придается большое значение ТПАБ. По сводным данным, общая

чувствительность ТПАБ при заболеваниях ЩЖ составляет 60–94%, специфичность достигает 94–100%. Процент ложноотрицательных результатов варьирует от 4 до 11 (в среднем 5 %), ложноположительных – от 0 до 10 (в среднем 3%). Получение адекватного цитологического материала с помощью ТПАБ, по данным литературы, возможно в 80–98 % наблюдений, что во многом зависит от опыта специалиста, проводящего указанную диагностическую процедуру.

Пункционная биопсия позволяет установить диагноз лишь в 3/4 всех случаев рака ЩЖ. Диагностическая ценность при фолликулярном раке более низкая (не более 40%). Чувствительность ТПАБ при МУЭЗ снижается по сравнению с чувствительностью при солитарных УО ЩЖ. Чувствительность метода, по данным разных исследователей, составляет 60–94%, специфичность достигает 64–86 %. УЗИ. ТПАБ с ультразвуковым наведением позволяет увеличить чувствительность до 93%, а специфичность до – 89 %. Получение цитологического материала при непальпируемых образованиях ЩЖ возможно только под контролем УЗИ. По данным Е.И. Трофимова (1997), при сравнительной оценке результатов цитологического исследования, полученных при пункции непальпируемых узловых образований под контролем УЗИ и планового морфологического исследования диагноза совпадали в 77,1 % наблюдений. Таким образом, как показывают данные литературы, дооперационные методы исследования не позволяют в 100% случаев установить достоверный диагноз. В связи с этим большая роль уделяется методам интраоперационной диагностики УО ЩЖ. Одним из методов интраоперационной диагностики является трепанобиопсия.

По данным Е.Н. Сучковой, послеоперационное гистологическое исследование совпадает с данными трепанобиопсии во всех наблюдениях. По мнению К.И. Мышкина и соавт., трепанобиопсия важна в диагностике аутоиммунного тиреоидита и рака ЩЖ. Однако данный метод вызывает сомнения у ряда авторов. По мнению R. Torner et P. Lentonturier, H. Holms et al. метод малоубедителен для верификации аутоиммунного тиреоидита и рака ЩЖ [22].

Таким образом, анализ литературы показал, что количество больных с УО ЩЖ не имеет тенденцию к снижению, в том числе и с РЩЖ. Несмотря на использование комплекса современных методов диагностики, не всегда возможно правильно установить точный морфологический диагноз УО ЩЖ, что свидетельствует о необходимости совершенствования существующих и поиска новых более информативных методов диагностики. В последние годы появляются работы, где проводится более четкая морфологическая дифференцировка понятия УО ЩЖ, и на основании этого определяется объем операции. существующие в настоящее время две полярные точки зрения на объем оперативного вмешательства при патологии ЩЖ (экономные или расширенные резекции) не исключают, что объем хирургического вмешательства должен быть строго индивидуален в зависимости от морфологической формы УО ЩЖ.

Список литературы / References

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. // Фундаментальная и клиническая тиреоидология (руководство). М.: Медицина, 2007, 816 с.
2. Бранован И. и др. Эффективность биполярной радиочастотной абляции узловых образований щитовидной железы: экспериментальное морфологическое исследование //Цитология и генетика. – 2016. – Т. 50. – №. 6. – С. 29-33.
3. Гариб Ф.Ю. и др. Иммунозависимые болезни. 1996.
4. Даминов Ф.А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба //Академический журнал Западной Сибири. – 2013. Т. 9. – №. 1. С. 21-21.
5. Зайниев А.Ф., Юнусов О.Т., Суярова З.С. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом //Вестник науки и образования. 2017. Т. 1. №. 6 (30).
6. Иноятowa Ф.И., Юсупалиева Г.А., Иногамова Г.З. Информативность доплерографических исследований при хроническом гепатите В у детей //Детские инфекции. 2015. Т. 14. №. 3.

7. *Миронов С.Б.* Новые технологии ультразвукового изображения в диагностике узловых образований щитовидной железы //Сибирский онкологический журнал. – 2007. – №. S2.
8. *Стяжкина С.Н. и др.* Клинико-морфологические параллели и при узловых образований щитовидной железы //Морфологические ведомости. 2009. – №. 3-4. – С. 39-42.
9. *Таращенко Ю.М. и др.* Отдаленные результаты хирургического лечения доброкачественной очаговой патологии щитовидной железы //Международный эндокринологический журнал. – 2015. – №. 3 (67).
10. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей./Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение //Тезисы докладов. Самарканд. 2003. С. 86-87.
11. *Шамсиев А. М., Хамраев А. Ж.* Малая хирургия детского возраста. – O'qituvchi, 2006.
12. *Davlatov Salim, Xamraeva Dilrabo, Suyarova Zilola.* Analysis of the results of surgical treatment of thyroid nodule // International Journal of Advanced Research and Development (Pp. 43-45).
13. *Davlatov SS. et al.* Plasmapheresis in the treatment of cholemic endotoxemia // Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri. – 2013. – T. 9. – №. 1. С. 30-31.
14. *Indiaminov S.I.* Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication //Herald of Russian State Medical University. Moscow. – 2011. – №. 5. – С. 63-66.
15. *Rakhmanov K.E. et al.* The treatment of patients with major bile duct injuries // Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri. – 2013. – T. 9. – №. 1. – С. 33-34.
16. *Kasimov S.Z., Davlatov S.S.,* 2013. Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome. BBK 51.1 74.58, 22. (Pp. 85).
17. *Kasimov S. et al.* Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia //The International Journal of Artificial Organs. – 2013. T. 36. – №. 8. – С. 548.

18. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science. – 2014. – Т. 76. – №. 3-4. – С. 255.
 19. *Sulatanbaevich B.A. et al.* Analysis of the results of surgical treatment of patients with thyroid nodules //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 4 (49).
 20. *Suratovich O.F.* Morphology of neuroendocrineimmune system of jejunum in early postnatal ontogenesis //European science review. 2017. – №. 1-2.
 21. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
 22. *Yusupov S.A. et al.* Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2017. №. 1.
-

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES

Gozibekov J.I.¹, Yusupalieva D.B.², Tilavova Yu.M.³
(Republic of Uzbekistan) Email: Gozibekov511@scientifictext.ru

¹Gozibekov Jamshid Isanbaevich – assistant;
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES NO. 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE, SAMARKAND;

²Yusupalieva Dilnora Bakhodir qizi – student,
FACULTY OF MEDICINE,
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE, TASHKENT,

³Tilavova Yulduz Muhammadshukur qizi – student,
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES NO. 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE, SAMARKAND
REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the study included 281 patients with thyroid disease who were hospitalized in the Department of Surgery of the summit clinic for surgical treatment from 2011 to 2018. Recurrence of nodular goiter was observed in 9 patients (4.7%) for 2 to 6 years. Outcomes were advantaged operation, and in 30% of these patients, atypical cells were identified in the opposite lobe of the thyroid gland, despite the fact that it looked clinically intact. The study of long-term results of treatment of patients with nodular goiter determined the optimal amount of surgery in different morphological forms of nodular goiter. Adequate volumes of surgical treatment are hemistrumectomy, extremely subtotal resection of the thyroid gland and thyroidectomy. In carrying out adequate thyroid replacement therapy dramatically reduced the number of relapses after the surgery. The highest percentage (4.7%) recurrences regardless of the morphological form of nodular goiter was revealed during the economical resection and enucleation thyroid nodule.

Keywords: nodular goiter, strumectomy, distant results, relapse.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гозибеков Ж.И.¹, Юсупалиева Д.Б.², Тиладова Ю.М.³
(Республика Узбекистан)

¹Гозибеков Жамиид Исанбаевич – ассистент,
кафедра хирургических заболеваний №1,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд;

²Юсупалиева Дилнора Баходир кизи – студент;
лечебный факультет,
Ташкентский педиатрический медицинский институт;

³Тилавова Юлдуз Мухаммадишуккур кизи – студент,
кафедра хирургических заболеваний №1,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд,
Республика Узбекистан

Аннотация: в исследование было включено 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2011 по 2018 год. Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных (4,7%) в течении от 2 до 6 лет. Исходы операции были благополучными, и у 30 % этих больных были выявлены атипичные клетки в противоположенной доле щитовидной железы, несмотря на то, что она клинически выглядела интактной. На основании изучения отдаленных результатов лечения больных узловым зобом определен оптимальный объем хирургического вмешательства при различных морфологических формах узлового зоба. Адекватными объемами оперативного лечения являются гемиструмэктомия, предельно субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомия. При проведении адекватной заместительной тиреоидной терапии резко снижается число рецидивов после проведенных оперативных вмешательств. Наибольший процент (4,7%) рецидивов независимо от морфологической формы узлового зоба выявлен при проведении экономной резекции и энуклеации узла щитовидной железы.

Ключевые слова: узловой зоб, струмэктомия, отдаленные результаты, рецидив.

Актуальность. В настоящее время в литературе имеются противоречивые данные о факторах, влияющих на прогноз лечения больных узловым зобом [2, 6, 10]. Так, одни авторы утверждают, что определяющими в прогнозе возникновения рецидива узлового зоба являются гистологические изменения в щитовидной железе [3, 4, 9], другие считают основными факторами объем оперативного вмешательства и адекватность проводимой тиреоидной терапии [1, 5, 8, 12]. Поэтому, представляет большой интерес определение влияния различных факторов на частоту возникновения рецидива узлового зоба на основании анализа отдаленных результатов хирургического лечения больных узловым зобом и разработка алгоритма индивидуального прогноза для выявления возможного рецидива в отдаленном периоде [7, 11]. Именно отдаленные результаты являются объективным критерием правильного выбора тактики лечения больных узловым зобом.

Цель исследования: улучшение хирургического лечения больных узловым зобом.

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 281 пациент с заболеваниями щитовидной железы, которые госпитализировались в отделение хирургии клиники СамМИ для оперативного лечения с 2011 по 2018 год. Среди пациентов были 253 (90,03%) женщин и 28 (9,97%) мужчин. Средний возраст обследованных был 29 ± 6 лет (от 7 до 68 лет).

Больных вызывали активным способом, с помощью писем, а также был изучен архивный материал клиники СамМИ. У больных были тщательно изучены анамнез заболевания. Особое внимание было уделено длительности заболевания, медикаментозному лечению препаратами тиреоидных гормонов после операции. Были изучены такие показатели как объем операции, осложнения, исходы, ближайшие и отдаленные результаты хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, включающее пальпацию щитовидной железы, аускультацию сердца и сосудов, ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и зон регионарного лимфооттока в режиме

реального времени (исходно и в различные сроки после операции), определение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) (исходно и в различные сроки после операции), гистологию удаленного препарата проводили всем больным. Степень увеличения щитовидной железы оценивали по классификации Николаева О.В. на основании УЗИ и пальпации щитовидной железы. У 71 (25,3%) больного диагностирован узловой зоб II-III степени, у 210 (74,7%) узловой зоб IV-V степени. По патоморфологической форме (по Пенчеву) диффузный зоб выявлен у 44 (15,69%) больных, узловой зоб – у 192 (68,3%), смешанный зоб – у 45 (16,01%). Распределение больных по степени увеличения и патоморфологической форме заболеваний щитовидной железы представлено в таблице 1.

Таблица 1. Характер заболеваний и степень увеличения щитовидной железы по классификации Николаева О.В.

Степень увеличения щитовидной железы		II степень	III степень	IV степень	V степень	Всего	
Характер заболевания							
Диффузный токсический зоб		-	13	25	6	44	
Узловой зоб	токсическая аденома	-	4	3	-	7	192
	нетоксический зоб	1	27	69	1	98	
	кистозный зоб	-	8	74	3	85	
	с-г щитовидной железы	-	1	1	-	2	
Смешанный зоб		-	17	27	1	45	
Всего		1	70	199	11	281	

На основании гормональных исследований крови (определение содержания трийодтиронина, тироксина, тиреотропного гормона), а также клинической картины у пациентов был установлен тиреотоксический статус (табл. 2).

*Таблица 2. Функциональное состояние щитовидной железы у
обследуемых больных*

Тиреоидный статус	Количество	%
Гипертиреоз	51	18,2
Эутиреоз	177	62,9
Гипотиреоз	53	18,9
Всего	281	100

Оперативному лечению подверглись 278 больных, 3 больных не оперированы из-за тяжелого соматического состояния. Сроки оперативного вмешательства зависели от функционального состояния щитовидной железы. 48 (17,1%) пациентов подверглись оперативному лечению после снятия тиреотоксикоза до эутиреоза (34) и гипотиреоза (14) в течении от 2 до 9 месяцев. 230 (81,8%) больным с эу- и гипотиреоидным статусом оперативные вмешательства были выполнены сразу.

Объем оперативного вмешательства зависел от патоморфологической формы зоба. Тотальная тиреоидэктомия была выполнена 7 (2,5%) пациентам при диффузно токсическом зобе и злокачественной опухоли левой доли щитовидной железы, соответственно у 5 и 2 больных. Субтотальная резекция щитовидной железы была выполнена 81 (28,8%) больному с диффузным и смешанным зобом. У большинства больных объем оперативного вмешательства ограничился на одной доли щитовидной железы, их составило 190 (67,6%) пациентов (табл. 3).

Таблица 3. Объем оперативного вмешательства в зависимости от патоморфологической формы зоба

Патоморфологическая форма Объем оперативного вмешательства	Диффузный зоб	Узловой зоб	Смешанный зоб	Всего	%
Тотальная тиреоидэктомия	5	2	-	7	2,5
Субтотальная резекция щитовидной железы	36	-	45	81	28,8
Гемитиреоидэктомия	-	156	-	156	55,5
Субтотальная резекция одной доли щитовидной железы	-	11	-	11	3,9
Энуклеация кисты из щитовидно железы	-	23	-	23	8,2
Не оперированные	3	-	-	3	1,1
Всего	44	192	45	281	100

Результаты исследований и их обсуждения. Частота осложнений на щитовидной железе во время операции или в раннем послеоперационном периоде напрямую связано с опытом хирурга, количеством операции выполняемых им в год. В таблице 4 представлены данные по частоте ранних осложнений хирургического метода лечения заболеваний щитовидной железы нашей клиники.

Таблица 4. Частота ранних осложнений

Диагноз		Вид осложнений							Всего
		К-во операций	Кровотечение	Транзиторный парез возвратного гортанного нерва	Стойкий паралич возвратного гортанного нерва	Тиреотоксический криз	Гипопаратиреоз		
							Транзиторный	Перманентный	
Диффузный токсический зоб		41	7-17,1 %	2 - 4,9%	-	1-2,4%	2-4,9%	-	12-29,3%
Узловой зоб	токсическая аденома	7	-	-	-	-	-	-	-
	нетоксический зоб	98	3-3,1%	-	-	-	-	-	3-3,1%
	кистозный зоб	85	2-2,3%	-	-	-	-	-	2-2,35%
	с-г щитовидной железы	2	-	1-50%	-	-	-	-	1-50%
Смешанный зоб		45	1-2,2%	2-4,44%	-	-	1-2,22 %	-	4-8,9%
Всего		278	13-4,7%	5-1,8%	-	1-0,36 %	3-1,15	-	22-7,9%

В отдаленном послеоперационном периоде удалось проследить 193 из 278 пациентов, что составило 69,4%. Сроки наблюдения больных после операции было от 1 года до 5 лет, которые представлены в таблице 5.

Таблица 5. Сроки наблюдения больных после операции

Сроки наблюдения	до 1 года	3 года	5 лет	Всего
Количество больных	89	68	36	193

После вызова больных мы провели полный объем обследования включающий клинический осмотр, пальпацию, оценку тиреоидного статуса с помощью ТТГ, тиреоидных гормонов крови и рефлексометрии. Согласно полученным результатам было выявлено, что в состоянии эутиреоза находились 174 больных (90,2%), легкая степень гипотиреоза обнаружена у 6 (3,1%), средней степени тяжести гипотиреоз у 8 (4,1%), гипотиреоз тяжелой степени обнаружен у 5 больных (2,6%). Следует отметить, что тяжелая степень послеоперационного гипотиреоза наблюдалась в группе больных, которым производилась тотальная тиреоидэктомия по поводу злокачественной опухоли щитовидной железы (2) и диффузного токсического зоба (3) (табл. 6).

Таблица 6. Состояние функции щитовидной железы

Состояние функции щитовидной	Эутиреоз	Гипотиреоз		
		Легкой степени	Средней тяжести	Тяжелой степени
Кол-во больных	174 (90,2%)	6 (3,1%)	8 (4,1%)	5 (2,6%)

Суммируя результаты клинических и гормональных исследований была осуществлена оценка отдаленных результатов хирургического лечения узловых форм зоба. Если учесть, что развитие гипотиреоза после операции на щитовидной железе является логическим и нормальным исходом операции, который легко компенсируется назначением тиреоидных гормонов, то согласно этому, полное выздоровление больных после хирургического метода лечения узлового зоба наблюдается у 182 (94,3%) больных (табл. 7).

Таблица 7. Отдаленные результаты оперативного лечения заболеваний щитовидной железы

<i>Исходы</i>	<i>Количество больных (%)</i>
Выздоровление	182 (94,3%)
Рецидив узлового зоба	9 (4,67%)
Рак щитовидной железы (по данным окончательной гистологии)	2 (1,03%)

Рецидив узлового зоба наблюдался у 9 больных (4,7%) в течении от 2 до 6 лет. Все больные с рецидивом узлового зоба не следовали рекомендациям эндокринолога аккуратно и не принимали тиреоидные гормоны после операции. Результаты тонкоигольной аспирационной биопсии совпали с окончательным гистологическим результатом во всех случаях. То есть у этих больных была подтверждена доброкачественность удаленного узла (узлов). Исходы операции были благополучными, и у 30 % этих больных были выявлены атипичные клетки в противоположенной доле щитовидной железы, несмотря на то, что она клинически выглядела интактной.

Выводы. Частота послеоперационных осложнений хирургического лечения заболеваний щитовидной железы очень низкая: послеоперационное кровотечение 4,7% , временный парез возвратного гортанного нерва 5,8%, стойкий паралич возвратного гортанного нерва 0%, транзиторный гипопаратиреоз 1,15%. перманентный гипопаратиреоз 0%. На основании изучения отдаленных результатов лечения больных узловым зобом определен оптимальный объем хирургического вмешательства при различных морфологических формах узлового зоба. Адекватными объемами оперативного лечения являются гемиструмэктомия, предельно субтотальная резекция щитовидной железы и тиреоидэктомия. При проведении адекватной заместительной тиреоидной терапии резко снижается число рецидивов послепроведенных оперативных вмешательств. Наибольший процент рецидивов независимо от морфологической формы узлового зоба выявлен при проведении экономной резекции и энуклеации узла щитовидной железы (4,7%). Для профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба и лечения послеоперационного гипотиреоза необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов под контролем эндокринолога.

Список литературы / References

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. // Фундаментальная и клиническая тиреоидология (руководство). М.: Медицина, 2007, - 816 с.
2. Даминов Ф.А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. – №. 1. – С. 21-21.
3. Зайниев А.Ф., Юнусов О.Т., Суярова З.С. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом // Вестник науки и образования. 2017. – Т. 1. – №. 6 (30).
4. Таращенко Ю.М. и др. Отдаленные результаты хирургического лечения доброкачественной очаговой патологии щитовидной железы // Международный эндокринологический журнал. 2015. №. 3 (67).
5. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А. Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей./Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение //Тезисы докладов. Самарканд. 2003. С. 86-87.
6. Davlatov Salim, Xamraeva Dilrabo, Suyarova Zilola. Analysis of the results of surgical treatment of thyroid nodule // International Journal of Advanced Research and Development (Pp. 43-45).
7. Kasymov S.Z., Davlatov S.S., 2013. Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome. BBK 51.1 74.58, 22. (Pp. 85).
8. Kasimov S. et al. Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia //The International Journal of Artificial Organs. 2013. Т. 36. №. 8. – С. 548.
9. Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science. 2014. – Т. 76. №. 3-4. С. 255.
10. Sulatanbaevich B.A. et al. Analysis of the results of surgical treatment of patients with thyroid nodules //Вопросы науки и образования. 2019. – №. 4 (49).

11. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
 12. *Yusupov S.A. et al.* Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1.
-

IMPORTANCE OF STUDYING OF OUTCOMES AND COMPLICATIONS OF THE VESICLE DRIFT

Mamazhanova D.M. (Republic of Uzbekistan)

Email: Mamazhanova511@scientifictext.ru

*Mamazhanova Diyora Mirzaali kizi – Master,
SPECIALTY: OBSTETRICS AND GYNECOLOGY,
TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *the vesical drift takes the leading place in gynecologic practice, including two versions and representing a consecutive chain of biologically interconnected diseases, namely a full and partial vesical drift recently. The gestational trophoblastic disease belongs to kurabelic tumors because has high sensitivity of its cells to himiopreparata that is justification of use of himiopreparat in treatment of a vesical drift. In recent years there were numerous publications in which generally are considered the frequency of trophoblastic tumors, and their communication with pregnancy and childbirth.*

Keywords: *obstetrics and gynecology, trophoblastic tumors, vesical drift, complications, prevention.*

ЗНАЧИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ИСХОДОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

Мамажанова Д.М. (Республика Узбекистан)

*Мамажанова Диёра Мирзаали кизи – магистр,
специальность: акушерство и гинекология,
Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Аннотация: *пузырный занос в последнее время занимает ведущее место в гинекологической практике, включающий в себя две разновидности и представляющий последовательную цепь биологически взаимосвязанных заболеваний, а именно полный и частичный пузырный занос. Гестационная трофобластическая болезнь относится к курабельным опухолям, в связи с тем, что*

обладает высокой чувствительностью ее клеток к химиопрепаратам, что является обоснованием использования химиопрепаратов в лечении пузырного заноса. В последние годы появились многочисленные публикации, в которых в основном рассматриваются частота трофобластических опухолей, и их связь с беременностью и родами.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, трофобластические опухоли, пузырный занос, осложнения, профилактика.

The vesical drift takes the leading place in gynecologic practice, including two versions and representing a consecutive chain of biologically interconnected diseases, namely a full and partial vesical drift recently. The gestational trophoblastic disease belongs to kurabel tumors because has high sensitivity of its cells to himiopreparata that is justification of use of himiopreparat in treatment of a vesical drift. In recent years there were numerous publications in which generally are considered the frequency of trophoblastic tumors, and their communication with pregnancy and childbirth [1, 4, 7].

Today yet there is no clear idea of the causes of forms of a vesical drift that significantly complicates the solution of a number of questions, connected with diagnostics, treatment and prevention of this pathology. In this regard further studying of different aspects of a vesical drift, the reasons and mechanisms of development of a disease is necessary. Results of numerous researches in genesis of such factors as early first pregnancy, parity of pregnancy, disturbance of immunity, deficiency in food of vitamins A and C, the lack of proteins, inflammatory diseases of bodies of a small pelvis, genetic predisposition authentically established a significant role. The timeliness of holding preventive actions will allow to lower number of a recurrence and to come by a favorable outcome at the subsequent pregnancies [2, 3, 8].

Because in the last decades there are changes of a socioeconomic structure, the lack of a possibility of carrying out adequate observation and treatment increases incidence of the population of this pathology. Told demonstrates relevance of studying of a problem of a vesical drift at women and need of development of an algorithm of maintaining and treatment of this contingent of women [5, 10,13].

It is established that risk factors of a vesical drift are age 30 years, frequent abortions are more senior, a menarche is later. Clinically all forms of a vesical drift are characterized by bloody allocations, pains in the bottom of a stomach (19.2%), early toxicosis and lyuteinovy cysts (5.1%). According to ultrasonography diagnostic criterion of a vesical drift is increase in the sizes and volume of a uterus in 2 and more times for this term of a gestation [6, 9, 11, 12].

Taking into account it, further the purpose of our research will be definition klinik and morphological criterion of early diagnostics of various forms of a vesical drift for optimization of treatment and prevention. For achievement of the goal the following research problems will be solved: to study the frequency and structure of various forms of a vesical drift with identification of the risk factors contributing to their development; to define clinical, biochemical and biophysical indicators at women at a vesical drift; to estimate efficiency of various methods of treatment and to develop measures of prevention of a vesical drift.

For performance of these tasks 20 women with a vesical drift from whom primapara – 8, multipara – 12 will be examined. Results of a research of blood test, including, on hormones will be used at pregnancy (a chorionic gonadotrophin of the person), definition of onkomarker and a klinik and morphological method of a research.

Thus, the conducted researches have scientific novelty which consists in studying of features of a current and complication of a vesical drift, identification clinical laboratory criterion of diagnostics of a vesical drift (ratios of levels of a chorionic gonadotrophin of the person, and - fetoprotein and onkomarker in peripheral blood) which will be predictively significant methods. Complex observation in the I trimester of pregnancy includes ultrasonography in dynamics, determination of the a chorionic gonadotrophin of the person levels and and-fetoproteida in peripheral blood. At increase in the a chorionic gonadotrophin of the person level against the background of decrease in alpha-fetoprotein determination of level of onkomarker in peripheral blood is necessary.

At a vesical drift after the carried-out aspiration biopsy of an endometrial in combination with chemotherapy (methotrexate) weekly control of the a chorionic gonadotrophin of the person level,

oncomarker in peripheral blood is necessary. For the purpose of prevention purpose of folic acid within 3 months before planning of pregnancy and during the I trimester of pregnancy is necessary. Uses of aspiration biopsy of an endometrial in combination with monochemotherapy by the antagonist of folic acid is an effective method of treatment of various forms of a vesical drift.

References / Список литературы

1. *Gladkova O.V.* The analysis of mistakes in diagnostics and treatment of a trophoblastic disease // *Oncology questions*, 2002. № 3. P. 53-57.
2. *Beskova T. K., Kalinin A.V.* A research of the immune status at patients with a vesical drift // *Magazine of the A and G.*, 1981. № 9. P. 15-19.
3. *Dotsenko Yu.S.* Treatment tactics at a vesical drift., 1984. P. 19-22.
4. *Kovalyov N.M., Snetkova N.S.* The diagnostic value of tumoral markers in gynecology // *The Scientific bulletin of TMA*, 2000. № 2. P. 118 - 119.
5. *Kulakov V.I.* Replacement hormonal therapy // *Collection of articles*. M., 2000. P. 188-196.
6. *Palsev M.A.* Modern approaches to studying of a pathogeny of diseases // *Bulletin of the Russian academy of medical sciences*. 1999. № 9. P. 22-25.
7. *Smetnik V.P.* Not operational gynecology, 1995. T. 1. P. 255-270.
8. Endoscopy in diagnostics, treatment and monitoring of female diseases // Under the editorship of *V.I. Kulakov and L.V. Adamyan*. M., 2000. 708 p.
9. *Boukerrou M., lainbaudie, et al.* Hysterectomy for benign lesions: what remains for the abdominal route? // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reproduction (Paris)*, 2001. Vol. 30. № 6. P. 584589.
10. *Furuike S., Iio T., Yamazaki M.* Mechanical unfolding of single filamin II (ABR-280) molecules detected by atomic force microscopy // *FEBS Lett.*, 2001. Vol. 499. № 1. P. 72-75.

11. *Hu J., Khanna V., Jones M. et al.* Genomic alterations in uterine leiomyosarcoma: potential markers for clinical diagnosis and prognosis // *Genes, Chromosomes, Cancer*, 2001. Vol. 31. № 2. P. 117-124.
 12. *Talati N.J.* The pattern of benign gestational trophoblastic disease in Karachi // *JPM A J Pak Med Assoc.*, 1998. № 48 (10). P. 296-300.
 13. *Quade B.J., Dal Cin P., Neskey D.M. et al.* Gestational trophoblastic disease: molecular and cytogenetic analysis of a case // *Mol. Pathol.* 2002. Vol. 15. № 3. P. 351-356.
-

QUESTIONS OF THE PROBLEM OF STUDYING OF THE DYSPLASIA OF THE NECK OF UTERUS AT WOMEN IN THE PREMENOPAUSAL PERIOD

Toshkulova M.T. (Republic of Uzbekistan)

Email: Toshkulova511@scientifictext.ru

*Toshkulova Mukaddas Toir kizi – Master,
SPECIALTY OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY,
TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *at the level of primary health care it is necessary to distinguish from women of all age groups by screening the patients making risk on development of pathological processes of a neck of uterus. To women of perimenopausal age to conduct kolpotsitologic examination irrespective of a condition of a neck of uterus and each 6 months once a year — in the presence of the pathological center. To recommend to women of reproductive age modern contraceptive funds taking into account their therapeutic effect for diseases of a reproductive system and to make dynamic observation each 6 months.*

Keywords: *obstetrics and gynecology, women, premenopausal period, dysplasia of a neck of uterus, oncological diseases, prevention.*

ВОПРОСЫ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Тошкулова М.Т. (Республика Узбекистан)

*Тошкулова Мукаддас Тоир кизи – магистр,
специальность: акушерство и гинекология,
Ташкентская медицинская академия,
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

Аннотация: *на уровне первичной медико-санитарной помощи среди женщин всех возрастных групп необходимо путем скрининга выделить пациенток, составляющих риск по развитию патологических процессов шейки матки. Женщинам перименопаузального возраста кольпоцитологическое*

обследование проводить 1 раз в год независимо от состояния шейки матки и каждые 6 месяцев — при наличии патологического очага. Женщинам репродуктивного возраста рекомендовать современные контрацептивные средства с учетом их терапевтического эффекта на заболевания репродуктивной системы и проводить динамическое наблюдение каждые 6 месяцев.

Ключевые слова: акушерство и гинекология, женщины, пременопаузальный период, дисплазия шейки матки, онкологические заболевания, профилактика.

The problem of background and precancerous diseases of a neck of uterus has important medical and biological, social and economic value as timely treatment of women with pretumor processes prevents development of cancer and demands much less material inputs that provides full rehabilitation of patients and improves quality and duration of their life.

For the last decades the risk of cancer of a reproductive system in the different countries increases annually by 1–2%. This indicator is 24% in structure of all tumors at women, at the same time cervical cancer now - 78% [4, 5, 12].

Women of perimenopausal age make special group of development in them of the started cases of cervical cancer as with fading of reproductive function, this category of patients addresses adjacent specialists more, and is rare, to gynecologists that really increases risk. Most of researchers indicate low preparation and oncological vigilance of doctors of the obstetric and gynecologic help [1, 7, 8].

Despite the conducted researches on studying of this problem, there are not enough data on structure of pathological processes of a neck of uterus so far, there are no uniform classifications the kolposcopic and cytological terms, approaches to tactics of maintaining specific patients that leads to unreasonable surgical interventions on a neck of uterus and affects quality of life of women of the senior age group [3, 6, 13].

In Tajikistan women of reproductive age have single researches on studying of hyperplastic processes of a neck of uterus the frequency of cervical cancer and precancerous diseases among women of various age groups is established. However, there are not enough data on

diseases of a neck of uterus at women of perimenopausal age that defined the purpose of the real research [2].

Patients of this age category address adjacent specialists in an occasion of somatic pathology more often, and less often the gynecologist that really increases risk of development of this state. In view of low readiness and oncological vigilance of doctors the obstetrician-gynecologists timely preventive actions at women of the premenopausal period are very relevant [9, 10, 11].

Research objective was studying of features of a condition of a neck with a dysplasia at women of premenopausal age and for identification of severity. For this purpose will a number of tasks is solved: identification of frequency of a dysplasia of a neck of uterus on negotiability at women of premenopausal age and studying of feature of their kolpo-cytological picture during this period; determination of risk factors of development of a dysplasia of a neck of uterus in women of premenopausal age; studying of communication of a dysplasia of a neck of uterus with a condition of a reproductive system at women of premenopausal age.

For performance of scientific research will collecting the anamnesis at sick women is carried out, clinical laboratory researches, bacteriological and cytological researches of smears, tool (kolposkopiya, ultrasonography, doplerometriya) and the statistical analysis of the received results are conducted.

Object of a research will be women of the premenopausal period with a dysplasia of a neck of uterus of various degree. All patients will be divided into 3 groups: 1 group - women with a dysplasia of a neck of uterus of 1 degree in a premenopause (30 patients); The 2nd group – women with a dysplasia of a neck of uterus 2-3 degrees in a premenopause (20 women); control group – women in the premenopausal period without dysplasia of a neck of uterus (20 people).

On the basis of the obtained data practical recommendations will be developed. So, at the level of primary health care it is necessary to distinguish from women of all age groups by screening the patients making risk on development of pathological processes of a neck of uterus. Patients with pathology of a neck of uterus are recommended to conduct the consecutive comprehensive examination including a

bakterioskopic, bacteriological research, a blood analysis and smears on an urogenital infection the kolpotsitological analysis, ultrasonic inspection of mammary glands. To make a histological research in the presence of abnormal the kolposkopical of pictures in combination with tsitogramma of smears III, IV, V classes. To women of perimenopausal age to conduct kolpotsitologic examination irrespective of a condition of a neck of uterus and each 6 months once a year — in the presence of the pathological center. To recommend to women of reproductive age modern contraceptive funds taking into account their therapeutic effect for diseases of a reproductive system and to make dynamic observation each 6 months. In the presence of background processes of a neck of uterus use of hormonal contraceptives is expedient. To increase oncological vigilance of obstetricians-gynecologists on diagnostics and the differentiated approach of maintaining patients with pathological processes of a neck of uterus by increase in their vocational training.

References / Список литературы

1. *Abramova S.V., Plotnikova M.A.* Pathology of a neck of uterus at the urogenital disturbances at women in a klimakteriya // Materials of the first Russian congress: Genital infections and pathology of a neck of uterus. M., 2004. P. 37.
2. *Akobirova Sh.A.* Hyperplastic processes at the multigiving birth women in Tajikistan // The Abstract of the thesis of the candidate of medical sciences. Dushanbe, 2000. 27 p.
3. *Aminodova I.P., Posiseev L.V.* Efficiency of treatment of women of the different age periods with a heavy dysplasia of a neck of uterus // The Russian messenger of the obstetrician-gynecologist, 2015. № 5. P. 112-116.
4. *Apolikhina I.A.* Papilomoviral an infection of genitalias at women. M.: GEOTAR, 2002. P. 19-23.
5. *Ashrafyan L.A., Kiselyov V.I., Sveshnikov P.G.* Cytologic and biological aspects of screening of cervical cancer // Materials of the first Russian congress: Genital infections and pathology of a neck of uterus. M., 2004. P. 38.

6. *Bayramova G.R., Prilepskaya V.N.* A condition of a neck of uterus at patients with vulvovaginal candidiasis // Materials of the first Russian congress: Genital Infections and Pathology of a Neck of Uterus. M., 2004. P. 40.
 7. *Battalova G.Yu.* Tactics of treatment of pathology of a neck of uterus at patients with boundary and malignant tumors of ovaries // Materials of the first Russian congress: Genital infections and pathology of a neck of uterus. M., 2004. P. 41.
 8. *Vishnevskaya E.E.* Pretumor diseases and malignant tumors of female generative organs. Minsk, 2002. P. 94-105.
 9. *Vishnyakova S.V., Pekarev O.G., Efremov A.V.* Use of autologous endogenous cytokines in treatment of genital clamidiosis // Materials of the first Russian congress: Genital infections and pathology of a neck of uterus. M., 2004. P. 44-45.
 10. *Gritsenko V.I., Shcherbina I.N.* Features of treatment of an ectopia of a neck of uterus depending on the nature of vulval microflora // Materials of the first Russian congress: Genital infections and pathology of a neck of uterus. M., 2004. P. 46.
 11. *Ishutina V.V.* New method of treatment of morbid conditions of a neck of uterus // Materials of the first Russian congress: Genital infections and pathology of a neck of uterus. M., 2004. P. 49-50.
 12. *Adams M., Borysieewicz L., Fiander A. et al. Borysiewicz L., Fiander A. et al.* Clinical studies of human papilloma vaccines in pre-mvusive and invasive cancer // Vaccine, 2001. Vol. 19. P. 2549-2556.
 13. *Asbill K.K., Higgins R.V., Bahrani Mostafavi Z. et al.* Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* colonization of the gravid cervix // Amer. J. Obstet. Gynecol., 2000. Vol. 183. P. 340-344.
-

LEGAL REGULATION OF SURROGATE MOTHERHOOD IN RUSSIA

Tumasyan A.V. (Russian Federation)

Email: Tumasyan511@scientifictext.ru

*Tumasyan Anna Viktorovna – Undergraduate,
DIRECTION: CIVIL LAW AND PROCEDURE,
DEPARTMENT OF CIVIL LAW AND PROCEDURE,
INSTITUTE OF SERVICE, TOURISM AND DESIGN (BRANCH)
NORTH CAUCASUS FEDERAL UNIVERSITY, PYATIGORSK*

Abstract: *the article analyzes the legislation of Russia in the field of assisted reproductive technologies, namely the use of surrogacy. In Russia at the moment there is practically no legislative norm regulating the relationship between a surrogate mother and genetic parents. The only article in the Family code actually violates the right of genetic parents to raise their own child. The article presents the ways to solve this problem, as well as judicial practice on this issue.*

Keywords: *surrogacy, legal regulation, family code, assisted reproductive technologies.*

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В РОССИИ

Тумасян А.В. (Российская Федерация)

*Тумасян Анна Викторовна – магистрант,
направление: гражданское право и процесс,
кафедра гражданского права и процесса,
Институт сервиса, туризма и дизайна (филиал)
Северо-Кавказский федеральный университет, г. Пятигорск*

Аннотация: *в статье анализируется законодательство России в области использования вспомогательных репродуктивных технологий, а именно применения суррогатного материнства. В России на данный момент практически отсутствует законодательная норма, регулирующая отношения между суррогатной мамой и генетическими родителями. Единственная статья в Семейном кодексе фактически нарушает право*

генетических родителей воспитывать их собственного ребенка. В статье приводятся способы решения данной проблемы, а также судебная практика по данному вопросу.

Ключевые слова: суррогатное материнство, правовое регулирование, семейный кодекс, вспомогательные репродуктивные технологии.

Трудно переоценить репродуктивную функцию человека. Она необходима не только для того, чтобы каждый мог оставить после себя потомство, но и для сохранения человека, как биологического вида. На данный момент в России тяжелая демографическая обстановка и прогнозы в этом вопросе неутешительны: к 2050 году россиян будет на 45 миллионов меньше. Одной из причин таких показателей является большое количество супружеских пар, страдающих бесплодием, и с каждым годом их число растет [6].

По последним данным Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ, бесплодие наблюдается у 17 % брачных пар в стране. В целом около 6 миллионов супругов не имеют детей, для половины из них единственной возможностью осуществления своей репродуктивной функции является использование вспомогательных репродуктивных технологий. Правовое регулирование в данной сфере играет одну из ключевых ролей, поэтому крайне важно, чтобы оно было изложено без пробелов, и не допускало нарушения прав ни одной из сторон, использующих данный метод [7].

В настоящее время в России все большую популярность приобретает экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), однако и оно помогает далеко не во всех случаях. Тогда парам, желающим иметь генетически родственных детей, приходится идти на крайние меры и прибегать к услугам суррогатных матерей.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью

(женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям [2].

Высказывается разное мнение по поводу приемлемости использования суррогатного материнства. В некоторых развитых странах оно запрещено, например, в Германии, Франции, Голландии. Объясняется это тем, что вынашивание ребенка суррогатной матерью сопровождается рядом психологических проблем, как для нее самой, так и для будущего ребенка, поскольку между ними за время беременности возникает неразрывная связь. Появляются переживания и у генетических родителей, так как они не знают, в каких условиях содержится женщина, вынашивающая их ребенка, а после его рождения они начинают опасаться, что она могла передать что-то негативное их малышу.

Пугает многих и коммерческая сторона данного вопроса, ведь происходит купля-продажа человеческой жизни, ребенка. Поэтому в таких странах, как Великобритания, Канада, Израиль, суррогатное материнство разрешено только на безвозмездной основе [5].

В России на данный момент использование суррогатного материнства полностью разрешено. По данным Европейского центра суррогатного материнства, в 2015 году в нашей стране от суррогатных матерей родилось около 1,2 тыс. детей.

Однако сейчас на рассмотрении в Государственной Думе находится проект федерального закона № 133590-7, предусматривающий запрет суррогатного материнства в любых его проявлениях. Автор законопроекта считает его принятие необходимым, поскольку в данной сфере отсутствуют какие-либо правовые акты, направленные на защиту прав и интересов детей, суррогатных матерей и потенциальных родителей, а также законодательное ограничение по его применению, что привело к формированию, так называемого, «репродуктивного туризма» в Российской Федерации.

Ответственный Комитет Государственной Думы уже дал отрицательное заключение по данному законопроекту и рекомендовал отклонить его в первом чтении. Объясняется это

тем, что доводы в пользу принятия закона, изложенные в пояснительной записке, необоснованные.

Действительно, суррогатное материнство имеет достаточно широкое законодательное обеспечение в нашей стране и ряд серьезных ограничений по его применению. Так, в ст. 55 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сказано, что пользоваться услугами суррогатной матери могут только те супружеские пары и одинокие женщины, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям [2]. Далее эта норма разъясняется приказом Минздрава России от 30.08.2012 № 107н, где говорится, что показаниями к применению суррогатного материнства являются: отсутствие матки, деформация полости или шейки матки, патология эндометрия, неудачные повторные попытки ЭКО (3 и более), привычное невынашивание беременности (3 и более самопроизвольных выкидыша). Таким образом, государство подчеркивает, что суррогатное материнство это крайняя мера, и его использование возможно только в случае стойкого бесплодия [3].

Есть ограничения и при выборе самой суррогатной матери. Ею, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ, может быть только женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство [2].

Законодательных ограничений в сфере суррогатного материнства много, однако, существует проблемы, связанные с практикой их реализации, контролем за соблюдением всех требований и ответственностью за их нарушения.

Еще одна проблема правового регулирования суррогатного материнства заключается в том, что зачастую обязательства по договору суррогатного материнства не исполняются, особенно со стороны суррогатной матери. В п. 4 ст. 51 Семейного кодекса РФ сказано, что лица, состоящие в браке между собой и давшие согласие на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его

вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия суррогатной матери [1]. И даже если в самом договоре прописано, что она обязуется дать такое согласие и передать ребенка, она вправе этого не делать, так как закон имеет высшую юридическую силу по сравнению с договором.

Таким образом, законодатель отдает прерогативу не тем, чьи гены заложены в ребенке, а той, кто выносила и родила. Зачастую данная норма порождает шантаж со стороны суррогатной матери, вымогательство дополнительной суммы денег, а генетические родители становятся невольными донорами собственных ооцитов.

Если разобраться в сути проблемы, то главными пострадавшими становятся именно настоящие родители, ведь им пришлось преодолеть ряд психологических трудностей, решиться на осуществление сложной процедуры, изыскать большую сумму денег, и в итоге отстаивать генетически родного ребенка в суде. К сожалению, до недавнего времени суд становился на сторону суррогатной матери.

В сентябре 2016 года в Государственную думу был внесен законопроект № 1177252-6 об ограничении прав суррогатной матери, но и он был отклонен в связи с тем, что имел ряд норм, противоречащих действующему законодательству.

Наконец, Пленумом Верховного суда РФ принято постановление от 16 мая 2017 г. № 16, в соответствии с которым отказ суррогатной матери передать ребенка родителям не может служить безусловным основанием для отказа в удовлетворении иска потенциальных родителей о признании их родителями ребенка и передаче им ребенка на воспитание. С учетом установленных по делу обстоятельств, а также положений статьи 3 Конвенции о правах ребенка, суду следует разрешить спор в интересах ребенка [4].

Таким образом, в России сделан большой шаг в вопросе разрешения споров, связанных с суррогатным материнством. Возможно, именно судебная практика заставит законодателя пересмотреть ряд действующих норм и внести необходимые поправки.

Список литературы / References

1. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 01.05.2017) // Собрание законодательства Российской Федерации. 01.01.1996. № 1. 16 с.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 28.11.2011. № 48.
3. Приказ Минздрава России от 30.08.2012 № 107н (ред. от 11.06.2015) «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» // Российская газета. 11.04.2013. № 78/1.
4. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 16.05.2017 № 16 «О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей» // Российская газета. 24.05.2017. № 110.
5. *Набиуллина В.Р.* Проблемные аспекты правового регулирования суррогатного материнства // Теория и практика общественного развития, 2017. № 9. С. 25-27
6. *Толстикова О.М.* Проблемы правового регулирования суррогатного материнства в России // Сибирский юридический вестник, 2017. № 1. С. 83-87.
7. *Федорова Г.Ю.* Правовое регулирование суррогатного материнства // Молодой ученый, 2017. № 23. С. 220-223.

NEUROSURGERY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMORS OF CEREBELLUM AND FOURTH VENTRICLE

Kariev G.M.¹, Tuhtamurodov Zh.A.², Egamberdiev R.H.³,
Fayzieva Sh.R.⁴ (Republic of Uzbekistan)

Email: Kariev511@scientifictext.ru

¹Kariev Gayrat Maratovich – Doctor of medical science, Professor,
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC PRACTICAL MEDICAL
CENTER OF NEUROSURGERY;

²Tuhtamurodov Zhavlon Abdullaevich – Assistant,
NEUROSURGERY DEPARTMENT,
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE;

³Egamberdiev Rakhmon Hamidullaevich – Research Staff,
REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC PRACTICAL MEDICAL
CENTER OF NEUROSURGERY;

⁴Fayziyeva Shahlo Rahmonovna – Assistant,
DEPARTMENT OF NEUROSURGERY AND MEDICO-SOCIAL
EXPERTISE,
TASHKENT INSTITUTE OF POSTGRADUATE EDUCATION,
TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: in this article analyzed the results of surgical treatment of 107 patients with tumors of cerebellum and fourth ventricle. Hypertensive hydrocephalus syndrome was primary and the most frequent symptom of the disease. Brain MRI was the most reliable diagnostic method. On MRI revealed tumor of cerebellum and fourth ventricle and enlargement of lateral and third ventricles. Tumor removed in all patients. At cystic tumors of cerebellum suggested different tactics of surgical removal depending on localization of tumor nodus. Differentiated approach to removal of cystic tumors lead to improvement of the outcome of surgical treatment.

Keywords: tumors of cerebellum and third ventricle, cystic tumors, occlusive hydrocephalus.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ МОЗЖЕЧКА И IV ЖЕЛУДОЧКА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кариев Г.М.¹, Тухтамурадов Ж.А.², Эгамбердиев Р.Х.³,
Файзиева Ш.Р.⁴ (Республика Узбекистан)

¹Кариев Гайрат Маратович – доктор медицинских наук,
профессор,
Республиканский специализированный научный практический
медицинский центр нейрохирургии;

²Тухтамурадов Жавлон Абдуллаевич – ассистент,
кафедра нейрохирургии,

Ташкентский педиатрический медицинский институт;

³Эгамбердиев Рахмон Хамидуллаевич – научный сотрудник,
Республиканский специализированный научный практический
медицинский центр нейрохирургии;

⁴Файзиева Шахло Рахмоновна – ассистент,
кафедра нейрохирургии и медико-социальной экспертизы,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Аннотация: в этой статье проанализированы результаты хирургического лечения 107 больных с новообразованиями мозжечка и полости четвертого желудочка головного мозга. Общемозговая симптоматика и гипертензионно-гидроцефальный синдром были характерны для данной патологии. МРТ головного мозга был самым надежным диагностическим исследованием. Наличие объемного образования в проекции мозжечка и полости четвертого желудочка и наличие расширения боковых и третьего желудочков были характерной картиной данных патологий. Удаление опухоли произведено всем больным. При кистозных новообразованиях разработана тактика удаления в зависимости от локализации солидной части опухоли. Данный подход к хирургическому удалению приводит к улучшению результатов хирургического лечения.

Ключевые слова: опухоли мозжечка и полости четвертого желудочка, кистозное новообразование, окклюзионная гидроцефалия.

Среди проблем, разрабатываемых в нейрохирургии определенное место занимает проблема дифференцированный подход к лечению опухолей задней черепной ямки. Опухоли задней черепной ямки по данным НИИНХ имени акад. Н.Н. Бурденко РАМН составляет 68,8%, Российского нейрохирургического института имени А.Л. Поленова - 57,8% и института нейрохирургии имени акад. А.П. Ромоданова АМН Украине - 64%. Среди опухолей задней черепной ямки опухоли мозжечка встречаются от 70,6% до 73,6%, опухоли IV желудочка – от 6,5% до 20%, опухоли ствола и мостомозжечкового угла – до 14%. По гистологической структуре медуллобластомы встречаются от 29% до 48,9%, астроцитомы – от 32,1% до 36% и эпендимомы – от 1,4% до 12%. (1,2,3)

Разнообразие клинических проявлений опухолей мозжечка и IV – желудочка обуславливает позднюю госпитализацию больных в стационар в запущенной стадии развития заболевания с большими размерами опухолей. (2,4)

В настоящее время нет сомнений, в отношении необходимости хирургического лечения опухолей задней черепной ямки, в частности, при опухолях мозжечка и IV- желудочка. Однако, запущенность заболевания и тяжесть состояния приводят к высокой послеоперационной летальности, различным осложнениям и рецидивам заболевания.

Несмотря, на многочисленные методы и способы оперативных вмешательств опухолей задней черепной ямки, до настоящего времени исходы лечения остаются неутешительными. (1, 3).

С внедрением в нейрохирургическую практику микрохирургической техники значительно улучшились результаты лечения опухолей мозжечка и IV – желудочка. Особенно следует отметить, значимость применения операционного микроскопа и микрохирургических инструментов, но к сожалению, не все регионы нашей республики имеют и пользоваться

микрохирургической техникой, в связи с чем задачей нашей работы является осветить хирургическую тактику при опухолях мозжечка и IV – желудочка. (2,4)

Целью работа является улучшение результатов хирургического лечения путем применения адекватной хирургической тактики при больших размерах опухолях задней черепной ямки.

Материалы и методы: Работа основана на клиническом материале, охватывающем наблюдений над 107 больным с опухолями мозжечка и IV – желудочка, лечившихся в РСНПМЦ РУз.

Все больные были разделены на 2 группы, которые были подвергнуты оперативному вмешательству с или без использованием микрохирургической техники (операционный микроскоп и микрохирургические инструментария).

В 1 группе 74 (69,2%) больным проведена трепанация ЗЧЯ с различными объемом удаления опухолей, которым не были использованы операционной микроскоп и микрохирургические инструментария (до 2006 годов) – традиционный метод оперативного вмешательства.

Во 2 группе 33 (30,8%) больным проведена трепанация ЗЧЯ с радикальным (в пределах видимости) удалением опухоли с использованием операционной микроскопа и микрохирургических инструментарий - современный метод оперативного вмешательства.

В традиционном методе оперативного вмешательства применен 3 рациональных доступов к опухолям мозжечка и IV – желудочка:

- доступ к опухолям через отверстие Мажанди без разреза веществ мозжечка в 9 (24,3%) случаях.

- доступ к опухолям линейным или поперечным разрезами вещества мозжечка в 11 (29,8%) случаях.

- доступ к опухолям «круговой частичной резекций полушарий мозжечка» (КЧРПМ) над опухолью 17 (45,9%) случаях.

Для адекватного удаления кистозных астроцитом полушарий мозжечка применен 3 способов удаления опухолевого узла:

1. Выделение опухолевого узла с кистой, от окружающей мозжечковой ткани.

2. Иссечение только фрагмента стенки кисты, содержащего опухолевый узел, с сохранением мозжечковой ткани.

3. Удаление опухолевого узла с иссечением стенки кисты с измененной мозжечковой тканью.

Результаты лечения оценены по видоизмененной шкале Карновского – «оценка качества жизни с поражением ЦНС».

Результаты и обсуждения: Всем больным был установлен верифицированный диагноз из них медуллобластомы – в 56 (56,1%), астроцитомы – в 34 (28%) и эпендимомы - в 17 (15,9%) случаях. Анализ гистоструктур опухолям проведен в патогистологической лаборатории РСНПМЦН. Все опухоли по форме были разделены на узловую и инфильтративную формы медуллобластом, кистозную (опухолевая киста и кистозная опухоль) и инфильтративную форма астроцитом, а также на типичную и атипичную формы эпендимом. В зависимости от формы опухолей мозжечка способы удаления были различными.

Все больные в зависимости от методов оперативного вмешательства были разделены на 2 группы: традиционный и современный методы, которые выполнялись в 2х этапах.

I этап операции - вентрикулопункция с разгрузочной целью: при традиционном методе оперативного вмешательства, когда больные поступили в нейрохирургический стационар в тяжелом состоянии с большими размерами опухолей была наложена система Аренда на 1-3 сутки. При современном методе оперативного вмешательства эндоскопическая фенестрация дна третьего желудочка или вентрикулоперитонеальная шунтирование (ВПС).

II этап операции - трепанация ЗЧЯ с удалением различных объемов опухоли срединным или парамедианным доступом.

При традиционном методе в зависимости от исходного роста опухоли и гистоструктуры доступы к опухолям были различными: при медуллобластомах червя мозжечка и эпендимомах IV – желудочка применен доступ через отверстие Мажанди или линейным разрезом червя мозжечка, при астроцитомах полушарий мозжечка – доступ «круговая частичная резекция полушарий мозжечка» над опухолью. Показанием к этому доступу является истонченная и резко

измененная кора и белое вещество полушарий мозжечка над опухолью за счет больших размеров астроцитом, особенно кистозного характера. Этим доступом достигнута полная визуализация границ опухоли и возможность постоянный контроль за ходом удаления опухолевых узлов различной локализации в стенки кисты. В отличие от традиционного горизонтального разреза коры полушарий мозжечка, при овальном разрезе не было необходимости расширять разрез вещества мозжечка шпателями, которые зачастую приводят к травматизацией здорового вещества мозжечка.

До удаления опухолевой кисты во всех случаях в обязательном порядке проводилось опорожнение киста.

Нами выработаны четкие показания к различным способам удаления опухолевого узла кистозных астроцитом.

- при наличии опухолевого узла в задне-латеральном отделе стенки кистозной полости показан способ «удаления опухолевого узла с иссечением стенки киста с измененной мозжечковой тканью» или «иссечение фрагмента стенки кисты, содержащего опухолевый узел с сохранением мозжечковой ткани».

- при наличии опухолевого узла в передне-медиальном отделе кистозной полости показан способ «иссечение только фрагмента стенки кисты, содержащего опухолевый узел с сохранением мозжечковой ткани».

- при наличии опухолевого узла внутри кистозной полости показан способ «выделение опухолевого узла с кистой от окружающей мозжечковой ткани».

Во всех случаях после удаления опухолевых узлов в обязательном порядке проводилась коагуляция ложу опухолевого узла. Необходимо помнить осторожность коагуляции ложу опухолевого узла, после иссечения опухолевого узла передне-медиального отдела стенки киста во избежания повреждения жизненно-важных центров ствола мозга.

При применении традиционного метода оперативного вмешательства объем удаленных опухолей были различными и при этом метода удалось удалить тотально у 26 (35,1%) больных, а в остальных случаях субтотально – 41 (55,4%) и частично – 6 (9,5%) (таблица № 1).

Таблица 1. Объем удаленных опухолевых узлов при традиционном методе оперативного вмешательства

Степень тотальности Гистологический тип	Тотальное	Субтотальное	Частичное удаление	Итого
Медуллобластома	12	25	4	41
Эпендимома	3	7	1	11
Астроцитомы	11	9	2	22
Итого	26	41	7	74

С внедрением в практику РСНПМЦН современных методов оперативных вмешательств с использованием операционного микроскопа и микрохирургических инструментов резко изменилась хирургическая тактика при опухолях ЗЧЯ, в частности при опухолях мозжечка и IV – желудочка. При современных методах оперативных вмешательствах нет необходимости больших разрезов вещества мозжечка. Достаточно небольшие щадящие разрезы, создающие возможность удаления опухолей без травматизации здорового вещества мозжечка и оптимально визуализировать границ опухоли, создающие возможность радикального удаления опухолей ЗЧЯ.

При этом метода удалось удалить опухолевый узел тотально - у 24 (72,7%) больных, субтотально – у 6 (18,2%) и частично – у 3 (9,1%) (таблица 2).

Таблица 2. Объем удаленных опухолевых узлов при современном методе оперативного вмешательства

Степень тотальности Гистологический тип	Тотальное	Субтотальное	Частичное удаление	Итого
Медуллобластома	11	3	1	15
Эпендимома	4	1	1	6
Астроцитомы	9	2	1	12
Итого	24	6	3	33

Качества жизни больных с опухолями мозжечка и IV – желудочка была оценена по шкале «оценка качества жизни больных с поражениями ЦНС» по балльной системе (Карновский). По нашим данным при применении традиционного оперативного вмешательства было отмечено «хорошее качество жизни» в 35,1% случаев, удовлетворительное качества жизни – в 55,4% и плохое качества жизни 9,5%, а при применении современных методов, соответственно - 72,7%, 18,2%, и 9,1%.

Выводы: Применение современных микрохирургических техники при оперативных вмешательствах позволяет повысить радикализм опухолей ЗЧЯ, а при отсутствии микрохирургической техники, для достижения радикализма целесообразно применять традиционную видоизмененные методы и способы удаления опухолевого узла.

Список литературы / References

1. *Шулешова Н.В., Скоромец А.А., Хачатрян В.А.* Адекватность хирургической тактики пристволковых и парастволковых опухолей задней черепной ямки у взрослых. Санкт-Петербург // Второй съезд нейрохирургов Российской Федерации (Нижний-Новгород. 16-19 июня 1998г.). М., 1998.С. 237-238.
2. *Мацко Д.Е.* Атлас опухолей центральной нервной системы / Д.Е. Мацко, А.Г. Коршунов. СПб.: РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 1998.
3. *Antunes J.* Cerebellar astrocitomas // Europ. Course in neurosuegery. Amsterdam, 1988. P. 43-51.
4. *Rickert C.H.* Epidemiological features of brain tumors // Child's Nerv. Syst. 1998. P. 547.

ECONOMIC, SOCIAL, POLITICAL AND RECREATIONAL GEOGRAPHY

NEGATIVE CONSEQUENCES OF NATURAL DISASTERS

Aminov B.B. (Republic of Uzbekistan)

Email: Aminov511@scientifictext.ru

*Aminov Bekhzod Bakhrom ugli - Student,
DEPARTMENT OF GEODESY, CARTOGRAPHY, CADASTRE
AND GEOGRAPHY, FACULTY OF NATURAL SCIENCES,
URGENCH STATE UNIVERSITY,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *natural disasters occurred not only in the particular area of the earth but also throughout the geological period. Any natural disaster that catastrophic disasters in the history of human society can lead to disruption of the national economy, the death of many people, or the destruction of life, the destruction of nature, and other adverse consequences. It is important to examine, assess and forecast natural disasters. While studying natural disasters, attention is paid to the nature, causes and processes of the disaster. This article provides information on various disasters, their types, and adverse effects on the planet.*

Keywords: *wind, drought, earthquake, volcanic eruption, salinization.*

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИРОДНЫХ БЕДСТВИЙ

Аминов Б.Б. (Республика Узбекистан)

*Аминов Бехзод Бахром угли – студент,
кафедра геодезии, картографии, кадастра и географии,
факультет естественных наук,
Ургенчский государственный университет,
г. Ургенч, Республика Узбекистан*

Аннотация: *стихийные бедствия происходили не только в конкретной области Земли, но и на протяжении всего геологического периода. Любое стихийное бедствие, которое приводит к катастрофическим последствиям в истории*

человеческого общества, может привести к разрушению национальной экономики, гибели многих людей или гибели людей, разрушению природы и другим неблагоприятным последствиям. Важно изучать, оценивать и прогнозировать стихийные бедствия. При изучении стихийных бедствий внимание уделяется природе, причинам и процессам катастрофы. Эта статья предоставляет информацию о различных стихийных бедствиях, их типах и неблагоприятных воздействиях на планету.

Ключевые слова: ветер, засуха, землетрясение, извержение вулкана, засоление.

To understand natural disasters, it is important to understand the processes within the geographic areas and then its components (atmosphere, hydrosphere, biosphere and lithosphere). Natural disasters are closely related to natural phenomena. Although there is no a science that studies natural disasters, it is studied by various fields of science. For example, seismology studies earthquake, tectonics studies volcanic and other tectonic processes, meteorology learns atmospheric disasters, hydrology studies snow flood, flood and other processes.

Geographical sciences, as well as their own methods of investigation and methods, learn these processes. Types of natural disasters are diverse: earthquakes, floods, strong winds, fires, droughts, landslides, and more. Natural disasters of this kind can occur separately or in isolation. That is, a natural disaster can result from other disasters. For example, severe disasters occur at a very large scale and can take up to several hours (rains, shaking, snowfall) for several hours (heavy snow and rainfall), even months (floods and fires). However, natural disasters do not occur anywhere. Particularly earthquakes, landslides are more frequent in seismic zones, tsunamis occur in oceans and seas. Due to heavy rainfalls and snowfall, flooding leads to the loss of living accommodations, industrial facilities, railways and highways, hydropower facilities. Similar effects have also been observed in landscapes, snow muds, droughts, and strong winds, resulting in great physical and material damage to humans. However, not all kinds of natural disasters are observed. Every form of natural disaster has its own origins, its characteristics, power, and influence on

the outside world. Thus, a thorough study of such disasters will help to take precautions and prevent many casualties.

Natural disaster is a natural event that changes suddenly, at a rapid pace of human development, resulting disruption of working conditions, human death, and destruction of livestock, material resources. Types of natural disasters are diverse: earthquakes, floods, strong winds, fires, droughts, relocations, and more. Natural disasters of this kind can occur separately, whether or not connected. That is, a natural disaster is the result of another disaster. For example, the origin of fire in the forest causes industrial explosions in the mountainous areas, the use of coal mines, platinum construction, land degradation, snow removal and other disasters.

Natural disasters, which are not related to anything, are very large and can take up to several hours (strong snowfalls and rainfall) or a few minutes (relocations, shaking, snowfall), even days and months (floods and fires).

However, natural disasters do not occur anywhere. Specifically, earthquakes and landslides are observed in mountainous areas that result not only in people, but also residents in the rural areas.

Rainfalls, snowfalls, and floods results citizens' living spaces, industrial enterprises, railroad and highways, hydraulic structures are disrupted.

Similar influences are also seen in landscapes, snow muds, droughts, and strong winds that ultimately lead to great physical, spiritual, and material damage.

While studying natural disasters, attention is paid to the nature of the disaster, its causes and processes. For example, slopes and ground waters are more likely to reach the ground surface. They develop more especially in the northern exposition of the mountains. This is because the northern exposition keeps moisture more than the southern exposition, which causes the rock to slip. Such disassemble is particularly dangerous for transport routes. Therefore, such processes should be taken into consideration when constructing roads. Flood events are caused by heavy rains in mountainous regions. When constructing buildings, it is important to take into account the areas where floods can occur. There are some natural disasters that cannot be predicted where and when they will be. For example, an earthquake.

The most dangerous and terrible thing in natural disasters is the earthquake. Earthquake is a vibration of the underground shock and the surface layer, resulting in natural disasters and technological processes. The source of the underground blow is due to the release of the energy that has accumulated for a long time on the ground surface. The inside of the earthquake is called a central hypocenter; the center is called the epicenter. Earthquakes are subdivided into the following groups: tectonic earthquakes, volcanic earthquakes, swing earthquakes, man-made (human engineering) earthquakes.

Water floods are the most dangerous in natural disasters. As a result of the sharp rise of rivers, lakes, and pools, water floods indicate that certain areas are under water. Water floods are caused by various factors: heavy rains (flooding), as a result of chronic melting of snow, as a result of strong winds, - accumulation of glaciers in rivers, as a result of the destruction of water storage tanks by rock layers, slopes or other reasons. As a result of heavy rainfall, the levels of the water suddenly rise and fall into rivers and lakes and the area of sown areas, and destroys them. In addition, electricity, communications, reclamation systems, livestock, agricultural crops are destroyed, raw materials, fuel, food, mineral fertilizers, etc. disappear.

However, not all kinds of natural disasters are observed. Every form of natural disaster has its own physical meaning, origins, characteristics, strength, and external influence. Regardless of these natural disasters, they are of a general nature. That is, their influence is very large and has a great impact on the surrounding environment and can seriously impact the mentality of people.

Therefore, if these natural disasters are timely detected and their characteristics and causes become clear, the potential for preventing or minimizing these disasters would be somewhat reduced. Thus, it has the capability to deal with natural disasters and the consequences of the disaster. One of the measures to combat natural disasters is the timely awareness of the population. This will reduce the potential for natural disaster damage. In addition to natural disasters, moral support to the people and the correct organization of primary work are among the most important tasks. Under these circumstances, civilian law enforcement agencies are in the place of disaster (such as the war, the peace process), the protection of the people from these disasters, and

the displacement of all people from the disaster. Where there is a high level of discipline and clear-cut measures, there is a great deal of action in all extreme conditions and their consequences (moral loss and material loss).

The occurrence of the Earth's crust is caused by the following factors:

- the displacement of the mountain slopes by the discharge of damaged water, dams, and unplanned construction, the rocks and properties of the rocks, change in irrigation, increase of moisture content under snow and rain, influence of underground waters (hydrodynamic) and groundwater (hydrostatic) pressure on rocks;
- Impairment of rock density and strength during drilling and landing, tectonic seismic activity.

The floods caused by heavy rainfall in the mountainous regions, the rapid melting of glacial and snow and leakage of mountain slopes along the mountain slopes to the plains are called floods. Approximately 50-60% of the mass of the flood layer is composed of various rock types, plant and tree fragments. The duration of the flood can range from 0.5-2 to 12 hours, the speed can range from 5-8 m/s to 12 m/s, and the density of the flood mass is 1.2-1.9t/m².

In conclusion, it should be noted that natural disasters have a major impact on people and the environment. It is desirable to hold special events where frequent repetition of natural disasters occurs. Such activities are even small to minimize the negative effects of natural disasters.

References / Список литературы

1. *Тажиев М.Х., Нигматов И.* Безопасность жизнедеятельности. Ташкент, 2012.
2. *Тажиев М.Х., Нигматов Г., Ильхомов М.* Чрезвычайные ситуации и гражданская защита. Методическое пособие. Ташкент, 2002.
3. [Electronic Resource]. URL: www.ziyonet.uz/ (date of access: 30.05.2019).

XI INTERNATIONAL CORRESPONDENCE SCIENTIFIC SPECIALIZED CONFERENCE

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW
OF THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES AND MEDICINE**

Boston. USA. June 2-3, 2019

[HTTPS://SCIENTIFIC-CONFERENCE.COM](https://scientific-conference.com)



**COLLECTION OF SCIENTIFIC ARTICLES
PUBLISHED BY ARRANGEMENT WITH THE AUTHORS**



You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format

**Adapt — remix, transform, and build upon the material
for any purpose, even commercially.**

Under the following terms:

**Attribution — You must give appropriate credit,
provide a link to the license, and indicate if changes were made.**

**You may do so in any reasonable manner,
but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.
ShareAlike — If you remix, transform, or build upon the material, you must
distribute your contributions under the same license as the original.**

**ISBN 978-1-948507-95-0
INTERNATIONAL CONFERENCE**

PRINTED IN THE UNITED STATES OF AMERICA

DISTRIBUTED FREE OF CHARGE