



ISSN 2413-2071

№ 10(51) 2019

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ «ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ» № 10(51) 2019



# ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ  
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ

[HTTPS://SCIENTIFICTEXT.RU](https://scientifictext.ru)

Михаил Ломоносов

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

ISSN 2413-2071 (Print)  
ISSN 2542-0828 (Online)

Подписано в печать:  
25.10.2019  
Дата выхода в свет:  
28.10.2019

Типография:  
ООО «Прессто».  
153025, г. Иваново, ул.  
Дзержинского, д. 39,  
строение 8

Формат 70x100/16.  
Бумага офсетная.  
Гарнитура «Таймс».  
Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 7,06  
Тираж 1 000 экз.  
Заказ № 2809

**Территория  
распространения:  
зарубежные страны,  
Российская  
Федерация**

Журнал  
зарегистрирован  
Федеральной службой  
по надзору в сфере  
связи, информационных  
технологий и массовых  
коммуникаций  
(Роскомнадзор)  
Свидетельство  
ПИ № ФС77 - 62928  
Издается с 2015 года

Свободная цена

# Достижения науки и образования

№ 10 (51), 2019

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
[HTTPS://SCIENTIFICTEXT.RU](https://scientifictext.ru)

**ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
Ефимова А.В.**

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
«НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»  
АДРЕС РЕДАКЦИИ:

Г. ИВАНОВО, УЛ. ЛЕЖНЕВСКАЯ, Д. 55, 4 ЭТАЖ.  
ТЕЛ.: +7 (910) 690-15-09

[HTTP://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](http://scientificpublications.ru)  
[EMAIL: INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU](mailto:info@scientificpublications.ru)

Вы можете свободно делиться (обмениваться) —  
копировать и распространять материалы  
и создавать новое, опираясь на эти материалы, с  
ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ указанием авторства.  
Подробнее о правилах цитирования:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ISSN 2413-2071



© ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»  
© ЖУРНАЛ «ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ»

## Содержание

<b>ЭКОНОМИЧЕСКИЕ НАУКИ</b> .....	<b>4</b>
<i>Турдиев Д.А., Медведевская Т.К.</i> МОДЕЛИ УЧЕТА ФИНАНСОВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	4
<b>ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ</b> .....	<b>8</b>
<i>Ашурова М.К.</i> ВИДЫ, НОРМЫ ОЦЕНИВАНИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДИКТАНТОВ.....	8
<i>Жамилова Д.М.</i> О ВАЖНОСТИ ПРЕДМЕТА «ТЕХНОЛОГИЯ» (ТЕХНИЧЕСКИЙ ТРУД) В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ.....	10
<i>Жураева Н.Б.</i> АДАПТАЦИЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ К ШКОЛЕ.....	12
<i>Исматова Г.Н.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ТЕХНОЛОГИИ.....	14
<i>Курбанова С.Б.</i> КАК НАУЧИТЬ РЕБЕНКА СЧИТАТЬ В УМЕ.....	16
<i>Одинаева И.А., Тойирова Ф.Ш.</i> РЕАЛИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В НАЧАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ.....	18
<i>Тухтаева Ш.М.</i> ОСОБЕННОСТИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПЛАТЬЯ ЖИТЕЛЬНИЦ БУХАРЫ В XIX ВЕКЕ.....	20
<i>Остонова З.У., Рахимова Х.Д.</i> МЕТОДИКИ И ПРИЕМЫ ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ ТЕХНИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ ЧТЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КЛАССА.....	23
<b>МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ</b> .....	<b>26</b>
<i>Мадашева А.Г., Дадажанов У.Д., Абдиев К.М., Маматкулова Ф.Х., Махмудова А.Д.</i> ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ С МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ.....	26
<i>Негмаджанов Б.Б., Насимова Н.Р., Ганиев Ф.И.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	31
<i>Samieva G.U., Abdirashidova G.A., Narzullaeva U.R., Toirova S.B., Mamadiyarova D.U.</i> THE CONDITION OF PRO-AND ANTIOXIDANT SYSTEMS IN CHILDREN WITH ACUTE LARYNGOTRACHEITIS WITH IMMUNOMODULATING THERAPY.....	37
<i>Шодиккулова Г.З., Бабамурадова З.Б.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С УРОВНЕМ МАГНИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	41
<i>Гарифуллина Л.М., Ашурова М.Д., Тураева Д.Х.</i> ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	46

<i>Агабабян И.Р., Исмаилов Ж.А., Турдибеков Х.И., Шодиева Г.Р., Рузиева А.А.</i> ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХОБЛ.....	50
<i>Агабабян И.Р., Джаббаров Н.М., Рофеев М.Ш., Назарова З.Ш., Пулатова К.С.</i> МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ .....	54
<i>Гойибова Н.С., Лим В.И., Иикабулова Г.Дж., Хайдарова Х.Р.</i> ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ .....	59
<i>Хусинова Ш.А., Рахимова Х.М., Юлдашова Н.Э., Сулейманова Н.Э.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКА .....	64
<i>Ибрагимов Б.Ф., Худоярова Д.Р.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАНДРОГЕННЫХ СОСТОЯНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ.....	69
<i>Рахимова Х.М., Хакимова Л.Р., Аблакулова М.Х., Абдухамидова Д.Х.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	74
<i>Мадашева А.Г., Жураева М.З.</i> БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ЛЕЧЕБНЫМ ПЛАЗМАФЕРЕЗОМ .....	78
<i>Ганиев Ф.И., Шавкатов Х.Ш., Шопулатов Э.Х., Насимова Н.Р.</i> ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ .....	83

## МОДЕЛИ УЧЕТА ФИНАНСОВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Турдиев Д.А.<sup>1</sup>, Медведская Т.К.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Турдиев Диловарджон Аюбджонович - магистр,  
отделение магистратуры;

<sup>2</sup>Медведская Татьяна Константиновна - кандидат экономических наук, доцент,  
кафедра бухгалтерского учета, анализа и аудита,  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Донской государственный технический университет,  
г. Ростов-на-Дону

**Аннотация:** статья посвящена проблемам взаимосвязи величины финансовых результатов и методологических норм и методических процедур бухгалтерского учета. Особое внимание уделяется на представление показателей прибыли в бухгалтерской отчетности через анализ различных концепций прибыли. В статье рассматриваются общие черты моделирования учета финансовых результатов и их влияние на показатели эффективности деятельности. Выделены основные различия и проведен их анализ.

**Ключевые слова:** учет, модели, финансовый результат, учетная политика, способ, проблемы, показатель, затрат, доход, расход, прибыль, анализ.

Как и любая дефиниция, определение финансовых результатов не может дать полную характеристику всему многообразию ситуаций, связанных с исчислением финансовых результатов организации в процессе ее коммерческой деятельности. Основным в понимании определения «финансовый результат» должна быть цель, которую реализует данная категория. В данном случае такой целью является возможность исчисления финансового результата как разницы между доходами и расходами по однородным группам операций, осуществляемых организацией, за определенный период.

В настоящее время цель каждого человека, предпринимателя, организация, фирмы и другие, независимо от вида деятельности основном стремиться рады конечный результат работы. В сфере экономике слова результат это – прибыль, а по нашему мнению в современных условиях не зависимо от вида деятельности предприниматели, бизнесмены, фирмы, организации и другие ведет свою деятельность ради двух значений: цель и результат, то есть прибыль.

Например этих двух значений можно представить в следующем образом:

Таблица 1. Значение, цель и результат

Вид дельности	Цель и результат
Производство	- больше производить и в результате получит больший прибыль;
Услуг	- оказать клиентом больше услуг и получит максимальную прибыль;
Торговля	- продать больше и получит большие прибыль;
Другие	- тем больше работа, тем лучший результат.

В условиях рыночной экономики прибыль отдельно взятой организации является важнейшим оценочным показателем деятельности конкретной организации в области

предпринимательства и бизнеса. Прибыль является источником благосостояния любой организации и ее социального и производственного развития. Поэтому каждый предприниматель, каждая организация будет стремиться к ее получению.

В книге «Бухгалтерский и налоговый учет прибыли» автором Игоревич А.Н. отмечено что: «В реальной жизни прибыль – конечная цель и движущий мотив производства и рыночной экономики. Это главная надежда и основной показатель эффективности любой организации. Стимул получения большей прибыли заставляют капитал собственников мигрировать из одной отрасли в другую».

Процесс распределения прибыли можно разделить на две основные части: во-первых, распределение между государством и коммерческими организациями, и, во-вторых, распределение остающейся в распоряжении организации части прибыли только между собственниками.

Распределение прибыли между государством и коммерческими организациями осуществляется через систему государственного регулирования, где определяются критерии и условия работы всех субъектов отношений. Такое распределение, как правило, всегда сопровождается прямым изъятием части прибыли в виде налогов и сборов в бюджет государства.

Для того чтобы, правильно распределение прибыли между государством и коммерческими организациями, необходимо в первую очередь вести четко, своевременно и правильно учет прибыли предприятия для целей бухгалтерского и налогового учета.

Кроме этого в современных условиях переход на МСФО является острой необходимостью, так как инвестиции в Республике Таджикистан придут только тогда, когда отечественная система учета финансовых результатов будет понятна будущим инвесторам. Приходится также слышать, что уже наступила эра глобальной экономики, поэтому международный экономический язык должен быть единым. По этому бухгалтерский учет предприятия должна вестись на основе МСФО и другие нормативные документ которые утверждены со стороны государство и другие регулирующие органы.

Финансовый результат для целей налогообложения включает в себя: доходы от реализации товаров (работ, услуг) и имущественных прав и внереализационные доходы.

В соответствии с действующим законодательством к доходам от реализации товаров (работ, услуг) относится выручка от реализации товаров (работ, услуг), как собственного производства, так и ранее приобретенных, выручка от реализации имущественных прав. К внереализационным доходам для исчисления налога на прибыль относятся доходы от долевого участия в других организациях, за исключением дохода, направляемого на оплату дополнительных акций (долей), размещаемых среди акционеров организации [4].

Таким образом, состав элементов, которые включаются в финансовый результат, и порядок его формирования для целей бухгалтерского и налогового учета имеет ряд различий: по перечню доходов и расходов, порядку признания доходов и расходов, ограничению по расходам, включаемым в налоговую базу.

Доходом для целей бухгалтерского и для целей налогового учета можно давать в следующее определение [3]:

Доходом для целей бухгалтерского учета

«Признается увеличение экономических выгод в результате поступления активов и (или) погашение обязательств, приводящее к увеличению капитала этой организации, за исключением вкладов участников (собственников имущества)»

Доходом для целей налогового учета «признается экономическая выгода в денежной или натуральной форме, учитываемая в случае возможности ее оценки и в той мере, в которой такую выгоду можно оценить и определяемая в соответствии с НК РТ».

Таким образом, можно заметить, что в налоговом и бухгалтерском учете фигурирует такое понятие, как «экономическая выгода». Под экономической выгодой подразумевается будущая возможность активов оказывать воздействие на «приток» денежных средств. В частности, если говорить о доходе организации как в налоговом учете, так и в бухгалтерском учете, то необходимо отметить, что, прежде всего, доход тождествен притоку денежных средств в организацию.

Что касается порядка признания доходов, то дата признания отдельных видов доходов в налоговом учете отличается от даты признания в бухгалтерском учете. Вести учет доходов в отдельных случаях можно не только методом начислений, но и кассовым методом. Бухгалтерский учет организации могут вести только методом начисления, за исключением субъектов малого предпринимательства. А вот налоговый учет доходов можно вести как кассовым методом, так и методом начисления. Таким образом, необходимо понимать, что если в двух рассматриваемых видах учетов доходы будут признаваться разными методами, то это приведет к разнице в дате признания этих доходов.

Кроме признания доходов для целей бухгалтерского и для целей налогового учета еще имеется различия в признании расходов в бухгалтерском и налоговом учете.

В бухгалтерском учете расходами признается уменьшение экономических выгод в результате выбытия активов (денежных средств, иного имущества) и возникновения обязательств, приводящее к уменьшению капитала этой организации, за исключением уменьшения вкладов по решению участников (собственников имущества) [2].

Для целей налогообложения расходами признаются обоснованные и документально подтвержденные затраты, которые осуществил налогоплательщик. В целом расходами признаются какие угодно затраты при условии, что они произведены для осуществления деятельности, направленной на получение дохода, т.е. для того, чтобы признать в налоговом учете расход, должны выполняться следующие условия:

- затраты должны быть обоснованы;
- затраты должны быть документально подтверждены;
- затраты должны производиться для осуществления деятельности, направленной на получение дохода.

Кроме этого момент признания расходов в налоговом учете может отличаться от момента признания в бухгалтерском учете, даже если расходы будут признаваться в одинаковой сумме.

Например:

- расхождения между бухгалтерским и налоговым учетом могут возникнуть при учете курсовых разницы. Курсовая разница возникает при оценке национальной валюте актива или обязательства, стоимость которых выражена в иностранной валюте. Учет курсовых разниц в налоговом учете образуется от переоценки имущества в виде валютных ценностей и требований.

- расхождения в бухгалтерском и налогом учете финансовых результатов могут возникнуть при начислении амортизации. Как известно, в бухгалтерском учете существует четыре метода начисления амортизации: линейный, уменьшаемого остатка, списание стоимости по сумме чисел лет срока полезного использования, пропорционально объему выпуска продукции. В налоговом учете согласно налогового кодекса на каждую объект разные проценты. То есть при выборе разных способов начисления амортизации в бухгалтерском и налоговом учете может возникнуть разница, которая приводит к образованию различной величины финансового результата [2].

Также расхождения между данными видами учета могут возникнуть при изменении срока полезного использования объектов основных средств, при

применении повышающих коэффициентов, при установлении лимита отнесения объектов к основным средствам.

Изучение различий между бухгалтерским и налоговым учетом финансовых результатов позволяет сделать выводы о необходимости их разграничения. Каждое нововведение налогового законодательства должно оценивать не только микро, но и макроэкономические последствия. Кроме этого для сближения принципов бухгалтерского и налогового учета доходов и расходов организаций должна быть принята модель, при которой информационными источниками налогового учета будут служить данные бухгалтерского учета, что в конечном итоге позволит решить существующие проблемы учета финансовых результатов. А к выбору методов ведения бухгалтерского и налогового учета следует подходить с большой ответственностью, поскольку порой их сближение может привести к увеличению налоговой нагрузки.

### *Список литературы*

1. Налоговый кодекс РФ № 146 от 29 декабря 2017.
2. *Агеева О.А.* Бухгалтерский учет: учебник для академического бакалавриата / О.А. Агеева, Л.С. Шахматова. М.: Юрайт, 2016. 274 с.
3. *Бабаев Ю.А.* Международные стандарты финансовой отчетности (МСФО): Учебник / Ю.А. Бабаев, А.М. Петров. М.: Вузовский учебник, ИНФРА-М, 2012. 398 с.
4. *Кондраков Н.П.* Налоги и налогообложение в схемах и таблицах: учеб. пособ. / Н.П. Кондраков. М.: Проспект, 2016. 224 с.
5. Финансовый учет: Учебное пособие. Душанбе. ОИПБА РТ, 2010. 345 ст.
6. *Колачева Н.В.* Финансовый результат предприятия как объект оценки и анализа / Н.В. Колачева, Н.Н. Быкова // Вестник Нижегородского государственного инженерно-экономического института, 2015. № 1 (44). С. 29-36.
7. *Игоревич А.Н.* «Бухгалтерский и налоговый учет прибыли» учеб. пособ. М.: Проспект, 2014. 337 с.

# ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

---

## ВИДЫ, НОРМЫ ОЦЕНИВАНИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДИКТАНТОВ

Ашурова М.К.

*Ашурова Мохинисо Каримовна - преподаватель начального класса,  
Школа №51,*

*Бухарский район, Бухарский область, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в данной статье рассматриваются виды, нормы оценивания, рекомендации по проведению диктантов.

**Ключевые слова:** диктант, виды, формы, рекомендации.

Диктант был и по-прежнему остается одной из самых распространенных форм контроля на уроках родного языка, и повлиять на этот факт не может ни аттестация в форме тестов, изложений и сочинений, ни здравый смысл. С одной стороны, это объяснимо ценностью диктанта как средства обучения и контроля. С другой — обычный диктант является довольно искусственной формой, ведь в жизни мы редко пишем что-то под диктовку. К тому же, есть ученики, которые почти не воспринимают информацию на слух, а есть и те, кто, напротив, легко «считывает» пунктуацию, а то и орфографию с голоса учителя. И в том, и в другом случае оценка по диктанту будет необъективна и не отразит истинного уровня грамотности ученика.

Существует несколько классификаций диктантов. Поскольку между ними нет противоречий, то мы не будем отвлекаться на частности. Кроме того, при оптимальном раскладе любой диктант выполняет и функцию контроля, и является средством обучения. Достичь этого нетрудно, если тщательно подготовить материал и продумать форму проведения диктанта.

Обучающие диктанты — любимая многими форма работы на уроке, удобная и в самом деле результативная. [1]

По материалу диктанты делятся еще на ряд видов.

Словарные диктанты как правило содержат слова, словосочетания или части предложений с непроверяемым или трудно проверяемым написанием.

Текстовые диктанты представляют собой связный текст.

Причем и в том, и в другом случае возможны разные виды записи. С этой точки зрения можно выделить еще выборочный, свободный, творческий, схематический диктант и различные диктанты с краткой записью. Возможно проводить смешанные работы.

Теперь попытаемся все вышесказанное и рассмотрим некоторые виды диктантов детально.

Диктант с грамматическим заданием. Это, наверное, оптимальный способ провести контрольный диктант, так как такая форма позволит оценить уровень грамотности более или менее объективно. Учитель читает текст, затем диктует его, а дети записывают, после чего ученикам предлагается выполнить от одного до пяти (реже больше) грамматических заданий. Например, подчеркнуть грамматические основы, обозначить приставки, найти все глаголы в прошедшем времени или определить падеж всех причастий. А еще лучше — обозначить графически условия выбора той или иной буквы. То есть показать учителю ход своих размышлений над орфограммой. Грамматическое задание чаще всего соответствует только что пройденной теме, но лучше, если часть его затрагивает и прежде изученные правила и понятия.

Такой диктант чаще всего занимает весь урок. Стоит внимательно отнестись к манере диктовки. Все слова надо произносить четко и внятно, но без утрирования окончаний. После первого прочтения полного текста стоит спросить детей, поняли

ли они смысл текста (скорее всего, да) и нет ли непонятных слов (часто такие слова бывают, их надо объяснить; если школьники стесняются спросить, есть смысл учителю самому дать пояснения по поводу тех слов, которые могут оказаться непонятыми).

Затем прочитывается предложение, дается несколько секунд на осмысление (желательно не разрешать детям записывать при ознакомительном чтении: в этот момент в сознании ученика должен сложиться синтаксический образ предложения и появиться представление о том, где и какие знаки надо поставить), после чего учитель диктует предложение по частям. Чаще всего это три – четыре слова, но может быть больше в сильном классе или меньше в слабом или просто еще невзрослом.

#### Объяснительный диктант

Чаще всего это тоже текст, но могут быть и отдельные предложения. Он выполняет обучающую функцию, причем помогает в достижении не только предметных результатов, но и метапредметных: воспитывает внимание, сосредоточенность, взаимопомощь и т.п.

Ребята записывают предложение под диктовку, затем один из учеников читает по своей тетради, объясняя орфографию и пунктуацию. Остальные учащиеся вносят при необходимости исправления в свои записи. При этом учитель может отработать множество правил и поставить оценки как тем ученикам, которые объясняли правописание, так и слабому ученику, у которого взять затем тетрадь на проверку.

Предупредительный диктант. Текст для такого диктанта прорабатывается заранее. Например, можно продиктовать домашнее упражнение или разобрать трудное предложение на доске, а затем стереть и предложить его же записать под диктовку. Можно предупредить детей заранее, что это упражнение или предложение потом запишем на оценку, а можно и не предупреждать.

К этой же группе относится и диктант по памяти. В этом случае школьникам предлагается запомнить наизусть стихотворение или афоризм, пословицу (в зависимости от возраста и возможностей детей, можно дать текст на дом или предложить прочитать его на уроке несколько раз в течение, допустим, двух минут).

Диктант — удобная форма, весь потенциал которой часто не используется учителем. А жаль. Возможно, эта статья станет для кого-то стимулом использовать новые виды этого метода обучения и контроля.

#### *Список литературы*

1. *Киличев Е., Киличев Б.* Основы речевой культуры и методологии. Фан. Бухара. 2005. 78 с.
-

# О ВАЖНОСТИ ПРЕДМЕТА «ТЕХНОЛОГИЯ» (ТЕХНИЧЕСКИЙ ТРУД) В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ

Жамилова Д.М.

Жамилова Дилрабо Мухиддиновна - преподаватель,  
Школа №11,  
г. Бухара, Республика Узбекистан

***Аннотация:** в статье раскрыта о важность предмет «Технология» (технический труд) в общеобразовательных школах. На уроках технологии соединять теорию с практикой, учить работать головой и руками, создавать, формируя тем самым готовность к самостоятельному труду, выбору профессии, больше того – способствовать развитию ребёнка в целом.*

***Ключевые слова:** предмет «Технология», технический труд, школа, учебный план.*

Как учитель технологии я не могу задавать себе вопросы: чем же важен предмет технологии (технический труд)? Что дают детям занятия в школьной мастерской? Не все школьники обладают склонностью к теоретическому мышлению, многие относятся к практическому типу, и их самореализация во многом осуществляется именно на уроках технологии. Отсутствие такой возможности для этой категории может привести к формированию заниженной самооценки и оценки со стороны сверстников.

Возрастающая учебная нагрузка на школьников и соответственно увеличение времени, проводимого ими в статичном положении, негативно отражается на их здоровье, а на уроках технологии учащиеся имеют возможность чаще сменять динамические позы, сменять умственную деятельность физическим трудом.

Практическая деятельность является необходимым звеном в протекании познавательных процессов и направлена на их развитие.

Конкретные задания требуют не просто изготовления изделий, а решения задач, в которых предметно-практическая форма их выполнения выступает как одно из возможных средств, стимулирующих умственные действия.

Отсутствие предмета технологии (технического труда) может привести к снижению уровня знания и владения учащимися инструментами и технологическим оборудованием, их мотивации к изучению техники и продолжению образования в технической области, а также свёртывание профориентации сделает ещё менее престижным для школьников профессии в сфере материального производства. Таким образом, я прихожу к выводу, что без изучения технического труда невозможно целостное развитие ребёнка и формирование у него полноценного представления об окружающем мире. Что же мне помогает для этого сделать уроки более эффективными?

**1. Внимание к проблеме преемственности между начальной школой и средним звеном.** Она выражается в тесном контакте между учителями начальной школы и технологии. Особенно актуальным это становится в свете сокращения часов технологии в начальном звене. Эффективным средством является взаимное посещение уроков, экскурсии в школьные мастерские учащихся начальной школы, а возможно и проведение для них ряда занятий.

**2. Изучение предлагаемого разными авторами программно-методического обеспечения с целью сравнения и определения оптимальных путей реализации программы.** В последнее время в связи с сокращением часов технического труда появляются затруднения в плане “сжатия” программы для максимально полного информирования учащихся о методах и приёмах ручной и механической обработки материалов. Поэтому необходимо идти по пути максимально возможно изучения вех издаваемых работ по технологии, чтобы выделять из них рациональное зерно.

**3. Использование разнообразных средств обучения.** В соответствии с путями реализации программы подбираю средства обучения, среди которых немало разработанных мною, позволяющие использовать в процессе обучения все виды восприятия и памяти (зрительной, слуховой, двигательной): таблица “План урока” включающая в себя графические элементы, модели инструментов, тематически систематизированные карточки со словами терминами, названиями инструментов, приспособлений, механизмов. Сочетание различных форм контроля: кроссворды, карточки с вопросами по отдельным темам, самопроверка по “сорбонкам” (термин – его определение) с опорными понятиями изучаемых тем, программированный опрос – все они помогают более глубоко прорабатывать программный материал. По возможности стремлюсь использовать мультимедийные средства обучения, которые позволяют путём проецирования на экран расширить визуальный ряд учебников и плакатов, внести разнообразие в устоявшийся ход урока.

**4. Предметно-практическая преобразующая деятельность учащихся.** Обучение владению инструментами и технологическим оборудованием, изготовление изделий, элементы метода проектов.

**5. Профориентация.** Практическое знакомство с рабочими профессиями, воспитание уважения к людям труда – мастерам своего дела.

Таким образом, я стремлюсь на уроках технологии соединять теорию с практикой, учить работать головой и руками, созидать, формируя тем самым готовность к самостоятельному труду, выбору профессии, больше того – способствовать развитию ребёнка в целом.

#### *Список литературы*

1. *Тилавова М.М.* Приёмы формирования трудолюбия у младших школьников. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://scientific-conference.com/h/sborniki/pedagogicheskie-nauki2/1176-the-methods-of-forming.html/> (дата обращения: 22.10.2019).
-

# АДАПТАЦИЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ К ШКОЛЕ

Жураева Н.Б.

*Жураева Наргиза Бобомуродовна - преподаватель начального класса,  
Школа №64,*

*Гиждуванский район, Бухарский область, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** адаптация первоклассников - один из самых многогранных понятий в психологии. Психологами и педагогами различных эпох развития общества эта проблема изучалась всесторонне. Остаётся она актуальной и в наше время. В статье приведен информацию, что обучение в первом классе – самый ответственный этап в развитии, так как именно здесь закладывается фундамент нравственности, происходит формирование социальных установок, отношения к самому себе, к другим людям, к обществу, формируется убеждение.

**Ключевые слова:** адаптация, школа, первый класс, диагностика.

Школа ставит перед ребенком большое количество новых задач, которые требуют мобилизации его физических и интеллектуальных сил. Первokласснику необходимо привыкнуть к новым условиям, возникшим в его жизни, подстроиться под них. Речь идет об адаптации к школе — самом напряженном периоде в первый год обучения. Она происходит на социальном, физиологическом и психологическом уровне.

Адаптация детей первого класса к школьным условиям является одной из наиболее актуальных проблем психолого-педагогической науки. Обусловлен такой интерес со стороны ученых и тем, что в начальной школе число дезадаптированных детей увеличивается с каждым годом [1].

Адаптация младших школьников к новым условиям может развиваться по двум различным сценариям. Ребёнок может либо успешно адаптироваться к школе (он принимает и осознает свою новую социальную роль ученика, понимает предъявляемые к нему требования), либо же не адаптироваться к школе. В последнем случае можно говорить об дезадаптации ребёнка.

Признаками дезадаптации могут быть неуспеваемость, драчливость, капризы, плохое поведение, энурез, плохие отношения со сверстниками и учителем. Ученые говорят о том, что у ребёнка может формироваться «психогенное заболевание» и «психогенное формирование личности ребёнка, нарушающее его субъективный и объективный статус в школе и семье и затрудняющее учебно-воспитательный процесс» [2]. Психогенное заболевание возникает под воздействием психотравмирующих ситуаций. У первоклассников таким психотравмирующим фактором может быть неуспешность адаптации к школе, неблагоприятная психологическая атмосфера в школе, несладывающиеся взаимоотношения с учителем и одноклассниками. Психологи отмечают что, до 30% первоклассников с дезадаптацией нуждаются в квалифицированной психологической помощи, а «еще больший процент детей нуждается в психологической помощи и профилактике в их допсихотерапевтических формах» [2].

По-нашему мнению, к тем факторам, которые были перечислены нами выше и влияют на формирование дезадаптации первоклассника, следует отнести и авторитарный стиль преподавания педагога. Наша позиция подтверждается и результатами многочисленных экспериментальных исследований. Кроме вышесказанного, на формирование дезадаптации существенную роль оказывают и семья, стиль отношений, который сложился в семье. Эмоциональный климат, психологическая атмосфера семьи оказывает существенную роль на формирование позиции ученика. Школа и семья должны придерживаться единых требований по отношению к ребёнку.

Изучение процесса школьной адаптации первоклассника, исходя из практической направленности работы педагога-психолога, предполагает выявление уровней, которые определяются на основании анализа диагностических данных, а также содержательного (качественного) анализа психологических трудностей, испытываемых ребёнком в адаптационный период. По результатам диагностики может строиться коррекционно-развивающая работа с учащимися, испытывающими трудности процесса школьной адаптации.

Ключевыми моментами успешности работы на начальном этапе обучения также являются: - первокласснику нужна помощь, в том, чтобы принять, понять и осознать новые требования школы, ему нужна поддержка для того, чтобы он легко принял новую роль ученика; - в первое время работа должна быть направлена не на обучение письму и счёту, а на принятие и приучение ребёнка к режиму дня и соблюдению санитарно-гигиенических норм. Для улучшения самочувствия детей в период адаптации к школе желательно, чтобы педагог обеспечила выполнение следующих условий:

1. Не переагружайте ребёнка большим объемом домашней работы. В первом классе основная задача педагога – это помочь в успешной адаптации к новым условиям жизни.

2. В качестве домашних заданий должны выступать только те задания, с которыми ребёнок в состоянии справиться самостоятельно.

3. Уроки в школе дополняйте короткими играми, физкультминутками, прогулками на свежем воздухе.

4. Посодействуйте тому, чтобы дети после занятий посещали какие-либо спортивные секции. Для этого вы можете переговорить с родителями или заинтересовать самих детей. Таким образом, проблема адаптации детей к школе является одной из наиболее важных проблем начальной ступени образования, от успешного решения которого зависит дальнейшее развитие личности первоклассника.

### *Список литературы*

1. *Корнеева Е.Н.* Ваш ребёнок идет в школу. Проверяем готовность ребёнка к школе. Советы родителям первоклашек. Под редакцией О.А. Богатырева. 2-е изд., испр. и доп. Москва: Мир и образование, 2013.
2. *Никифорова О.А.* Психолого-педагогические и медико-физиологические аспекты школьной адаптации: учебное пособие. Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2011.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ТЕХНОЛОГИИ

Исмамова Г.Н.

*Исмамова Гулшод Назаровна - преподаватель,  
Школа №44,  
Гиждуванский район, Бухарский область, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в статье рассмотрены современные подходы в преподавании технологии.

**Ключевые слова:** методика, технология, современные подходы.

Начало XXI века – это время глобальных изменений, охватывающих все сферы жизни человека: политику, экономику, науку, культуру и, конечно же, образование.

Система образования отказывается от традиционного представления результатов обучения в виде знаний, умений и навыков, формулировки стандарта указывают на реальные виды деятельности, которыми учащийся должен овладеть к концу обучения.

Концептуальная идея разработки нового стандарта содержания по предмету «Технология» состояла в развитии функциональной технологической грамотности (компетентности) учащихся, инвариантной различным видам созидательной деятельности. Функциональная технологическая грамотность выражается в способности учащихся выполнять работы по распространенным технологиям ручного и механизированного труда, быстро осваивать различные технологические средства и адаптироваться к различным видам деятельности. Содержание стандарта ориентировано на подготовку школьников к осознанному выбору профессиональной карьеры в условиях рыночной экономики.

Основным предназначением образовательной области «Технология» в системе общего образования является формирование технологического мировоззрения и технологической культуры, воспитание трудовых, гражданских и патриотических качеств школьника. Кроме того, "Технология"— основная практико-ориентированная область знаний в общеобразовательной школе, знакомящая с различными сферами общественного производства и в наибольшей степени способствующая нравственно-трудовому становлению и воспитанию подрастающего поколения; это область знаний, способная формировать у учащихся умения видеть, ставить и решать актуальные задачи, стоящие перед людьми постиндустриального социума.

В рамках "Технологии" происходит знакомство с миром профессий, осуществляется профориентация школьников на работу в различных сферах общественного производства. Тем самым немаловажной особенностью курса является обеспечение преемственности перехода от общего к профессиональному образованию и трудовой деятельности. В связи с этим необходимо менять технологию работы учителя, т.к. требования новых стандартов состоят в переходе от традиционных технологий к технологиям развивающего обучения, которые носят личностно-ориентированный характер, вариативны, повышают ответственность школьников за результаты обучения.

В соответствии с ГОС, базовой образовательной технологией является формирование универсальных учебных действий (УУД) на предметном материале каждой из школьных дисциплин, в том числе и технологии. УУД представлены следующими видами: личностные, регулятивные, познавательные, коммуникативные.

Предмет «Технология» может стать опорным предметом для формирования системы УУД. Возможности предмета «Технология» в развитии УУД уникальны. Элементы учебной деятельности на уроках достаточно наглядны и понятны, благодаря практической проработки большей части материала, а значит, и более усваиваются учениками.

Интересы учеников не только от года к году, но и от одного класса к другому меняются. Современный учитель технологии должен уметь варьировать содержание программы в зависимости от реальной материально - технической базы по предмету, учитывая склонности, способности, потребности учащихся; видеть и анализировать те изменения, которые происходят с молодежью, и находить эффективные пути взаимодействия учителя и ученика в рамках преподавания технологии. Исходя из этого, учителю, организуя процесс обучения «Технологии», следует использовать современные подходы, формирующие УУД, такие как:

1. Системно-деятельностный (проблемное обучение)
2. Метапредметный (интегрированный)
3. Компетентностно-ориентированный

Хотелось бы отметить и то, что любая деятельность состоит из двух составляющих: психологическая и физическая. В отличие от других предметов, уроки технологии базируются именно на второй составляющей – умение делать что-то своими руками.

Процесс обучения как передача информации от учителя к ученику, считают психологи, противоречит самой природе человека – только через собственную деятельность каждый познает мир.

Предмет «Технология» – это часть системы непрерывного креативного образования, целью которой является формирование ведущих черт творческой личности учащегося: креативности, духовности, интеллекта, самодисциплины, самореализации, стремления к саморазвитию.

В качестве таких форм организации процесса обучения целесообразно использовать бинарные, межпредметные уроки, уроки-семинары, уроки-тренинги, урок - деловая игра; урок-соревнование, урок-аукцион, урок-экскурсия, урок-семинар, урок-консультация т.д.

#### ***Список литературы***

1. *Ермолаева С.С.* Педагогическое проектирование как условие обеспечения качества организации образовательного процесса // *European Social Science Journal* («Европейский журнал социальных наук»). 2011. 13. М.:
-

# КАК НАУЧИТЬ РЕБЕНКА СЧИТАТЬ В УМЕ

Курбанова С.Б.

*Курбанова Сурайё Ботировна – учитель начальных классов,*

*Школа № 3,*

*Олотский район, Бухарская область, Республика Узбекистан*

**Аннотация:** в статье рассмотрена проблема - как научить ребенка считать в уме. Умение считать в уме — один из основных навыков, который нужно сформировать у ребенка в процессе изучения математики в начальной школе. Ребенок должен научиться быстро и правильно называть результат любого математического действия.

**Ключевые слова:** научить, считать, в уме, ребенок, математика.

У детей преобладает наглядно-образное мышление. Проблема в том, что большинство математических понятий абстрактны и плохо воспринимаются или запоминаются младшими школьниками. [1] Поэтому любые математические операции необходимо основывать на практических действиях с предметами.

Педагогами используется три основных способа, как научить ребенка считать в уме: основываясь на знании состава чисел; заучивая таблицы математических действий наизусть; используя особые приемы выполнения математических действий.

Подготовка к устному счету должна начинаться с первых шагов в изучении математики. Знакомя ребенка с числами, обязательно нужно приучить его к тому, что каждое число обозначает группу с определенным количеством предметов. Недостаточно посчитать, например, до трех и показать ребенку цифру 3. Обязательно предложите ему показать три пальца, положить перед собой три конфеты или нарисовать три кружочка. Если есть возможность, свяжите число с известными ребенку сказочными героями или другими понятиями: 3 — три поросенка; 4 — черепашки - ниндзя; 5 — пальцев на руке; 6 — героев сказки «Репка»; 7 — гномов и т.д.

У ребенка должны сформироваться четкие образы, привязанные к каждому числу. На этом этапе очень полезно играть с детьми в математическое домино. Постепенно у них в памяти запечатлеются картинки с точечками, которые соотносятся с соответствующими числами.

Также можно практиковать изучение чисел с помощью коробки с кубиками. Такая коробка должна быть разделена на 10 ячеек, которые расположены в два ряда. Знакомясь с каждым числом, ребенок будет заполнять нужное количество ячеек и запоминать соответствующие комбинации. Польза от этих игр с кубиками еще и в том, что ребенок будет подсознательно замечать и запоминать, сколько еще нужно кубиков для дополнения числа до 10. Это очень важное умение для устного счета!

Как вариант, можно использовать для такого упражнения детали конструктора Лего или применить принцип пирамидок из методики Зайцева. Главным результатом всех описанных способов знакомства с числами должна стать их узнаваемость. Нужно добиться, чтобы ребенок при взгляде на комбинацию предметов сразу (без пересчета) мог назвать их количество и соответствующее число.

На основе знания состава числа ребенок может выполнять сложение и вычитание. Например, чтобы сказать, сколько будет «пять плюс два», он должен вспомнить, что 5 и 2 — это 7. А «девять минус три» будет шесть, потому что 9 — это 3 и 6.

Однако, это не так просто, как кажется нам, взрослым. Ребенку нужно запомнить более сорока комбинаций! В школе через каждые два – три урока изучается новое число и дети знакомятся с его составом. При таких условиях прочность знаний недостаточна для свободного оперирования ими. Чтобы помочь ребенку лучше усвоить этот материал, рекомендуется предлагать им такие задания:

- разложить указанное количество предметов на две тарелки, создавая разные сочетания (вариации подобного задания могут быть различные: развесить игрушки на двух елочках, расставить цветы в две вазочки, расселить гномиков в два домика и т.п.);

- дополнить число до нужного;
- закрасить ячейки, на которых записан состав указанного числа;
- дорисовать доминошки.

Чем чаще ребенок будет выполнять подобные упражнения, тем быстрее и крепче он запомнит состав чисел. В идеале, эти знания должны быть доведены до автоматизма. Они просто необходимы для освоения принципов сложения и вычитания с переходом через десяток.

В дальнейшем, чтобы решать примеры типа  $9 + 6$ , нужно научить ребенка последовательно выполнить несколько логических операций:

- дополнить первое слагаемое до 10 (на основе знания состава числа 10 это 9 и 1);
- высчитать, сколько еще нужно добавить (на основе знания состава числа  $6 - 1$  уже прибавили, осталось 5);
- подсчитать результат.

Такой же прием (доведение до 10) ребенок будет использовать и при вычитании. Ход его мыслей примерно следующий:

- чтобы из 14 вычесть 8, сначала нужно отнять 4, чтобы получить 10;
- вспомнить состав числа 8 — это 4 и 4;
- из 10 вычесть 4, опираясь на состав числа 10 — это 4 и 6.

Освоив эти способы, ребенок в дальнейшем будет использовать их при решении примеров с числами в пределах 100 и 1000. В основе такого сложения и вычитания лежит умение определять разрядный состав числа и поочередное выполнение действий с каждым разрядом.

Высшей степенью владения навыками устного счета является умение находить наиболее быстрый и удобный способ подсчета результата. Такие приемы нужно начинать разъяснять детям сразу же после ознакомления их с действиями сложения и вычитания.

Так, например, одним из первых способов, как научить ребенка считать в уме в 1 классе, является методика присчитывания и «перепрыгивания». Дети быстро понимают, что при прибавлении 1 получается последующее число, а при вычитании 1 — предыдущее. Потом нужно предложить познакомиться с лучшей подружкой числа 2 — лягушкой, которая умеет перепрыгивать через число и сразу же называть результат прибавления или вычитания 2.

Аналогично происходит объяснение принципа выполнения этих математических действий с числом 3. В этом поможет пример зайчика, который умеет прыгать подальше — сразу через два числа.

Также детям нужно продемонстрировать приемы:

- перестановки слагаемых (например, чтобы посчитать  $3 + 68$ , проще поменять числа местами и прибавить);
- присчитывания частями ( $28 + 16 = 28 + 2 + 14$ );
- приведение к круглому числу ( $74 - 15 = 74 - 4 - 10 - 1$ ).

Процесс подсчета облегчает умение применять сочетательный и распределительный законы. Например,  $11 + 53 + 39 = (11 + 39) + 53$ . При этом дети должны уметь видеть самый простой способ подсчета.

В процессе тренировок многие результаты запомнятся наизусть, и ребенок будет называть их автоматически. Также он научится оперировать большими числами, раскладывая их на более простые и удобные слагаемые.

### *Список литературы*

1. *Акрамова Г.Р.* Социальный аспект процесса развития критического мышления учащихся. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnyyaspektprotsessarazvitiyakriticheskogomyshleniya-uchaschihsya/> (дата обращения: 24.10.2019).

# РЕАЛИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА В НАЧАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Одинаева И.А.<sup>1</sup>, Тойирова Ф.Ш.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Одинаева Ирода Амоновна - учитель начальных классов,  
Школа № 31;

<sup>2</sup>Тойирова Феруза Шукруллоевна - учитель начальных классов,  
Школа № 30,

Вабкентский район, Бухарская область, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в статье рассматривается проблема необходимости системы подготовки будущих учителей, основанной на деятельностном подходе.

**Ключевые слова:** начальное общее образование, деятельностный подход, универсальные учебные действия.

В настоящее время одной из отличительных особенностей реализуемого государственного образовательного стандарта начального общего образования является достижение учащимися новых уровней развития на основе освоения ими как универсальных способов действий, так и способов, специфических для изучаемых предметов. В отличие от традиционного подхода, который ориентирует на объем знаний, их энциклопедичность, современное образование предполагает перенос акцента с пред-метных знаний, умений и навыков на формирование общеучебных умений, на развитие самостоятельности учебных действий [1]. Наиболее актуальными и востребованными в общественной жизни оказываются компетентность в решении проблем (задач), коммуникативная компетентность и информационная компетентность. Формированию этих ключевых компетентностей способствует системно-деятельностный подход. Он основан на теоретических положениях концепции Л. С. Выготского, П. Я. Гальперина, А. Н. Леонтьева, Д. Б. Эльконина, раскрывающих основные психологические закономерности процесса обучения и воспитания, структуру образовательной деятельности учащихся с учетом общих закономерностей онтогенетического возрастного развития детей и подростков. При этом акцент делается не просто на деятельности, а на активности самого субъекта в этой деятельности, а именно на его смысловых и ценностных образованиях, которые обеспечивают становление человека как субъекта собственной жизнедеятельности.

Деятельностный подход к обучению предполагает наличие у детей познавательного мотива и конкретной учебной цели; выполнение учениками определенных действий для приобретения недостающих знаний; выявление и освоение учащимися способа действия, позволяющего осознанно применять приобретенные знания; формирование у школьников умения контролировать свои действия как после их завершения, так и по ходу; включение содержания обучения в контекст решения значимых жизненных задач.

Кроме того, деятельностный подход определяет требования не только к содержанию учебных программ, но и к организации учителем процесса обучения: организация учебной деятельности учащихся; выбор конкретных методов и приемов обучения, обеспечивающих полную и адекватную ориентировку ученика в задании; организация таких форм учебного сотрудничества, где были бы востребованы активность и инициатива ученика.

Последовательно рассмотрим условия, которые необходимо соблюдать педагогам при использовании деятельностного подхода:

1. Наличие познавательного мотива и конкретной учебной цели. В соответствии с деятельностным подходом процесс усвоения начинается с создания учителем такой учебной ситуации, которая вызывает у учащихся потребность (желание) узнать эти сведения, научиться ими пользоваться.

2. Выполнение действий для приобретения недостающих знаний. Не вводить знания в готовом виде, даже если нет никакой возможности повести детей к открытию нового, всегда есть возможность создать ситуацию поиска.

3. Выявление и освоение способа действия для осознанного применения знаний (для формирования осознанных умений). Данное условие реализации деятельностного подхода к обучению связано с выполнением детьми осознанных учебных действий с учебным материалом. При деятельностном подходе к обучению основные усилия учителя направляются на помощь ребенку в освоении общего для многих случаев способа действия.

4. Формирование самоконтроля как после выполнения действий, так и в процессе работы. Особую роль в формировании умения (в целом самоконтроль) играют творческие или проектные задания.

5. Включение содержания обучения в контекст решения значимых жизненных задач.

6. Очевидно, от того, как устроен учебник, насколько доступен в изложении, удовлетворяет ли интересам и потребностям сегодняшнего ученика, зависит, будут ли успешно развиваться те предметные, метапредметные и личностные характеристики школьника.

7. Учителю необходимо осваивать новые технологии, новые способы организации учебной деятельности младших школьников.

В настоящее время педагог-профессионал должен решать комплекс педагогических задач, в том числе и прогностических, и коррекционно-регулирующих, уметь осуществлять сознательный выбор той или иной педагогической технологии. В вариативном образовании будущий учитель становится проектировщиком всей целостной содержательной модели начального образования, ему, следовательно, необходимы не только знания о новых технологиях, но и уметь применять системы обучения еще в стенах высшего учебного заведения.

### ***Список литературы***

1. *Матвеева Е.И., Патрикеева И.Е.* Деятельностный подход к обучению в начальной школе. Уроки литературного чтения. М.: Вита-Пресс, 2011. 176 с.
-

# ОСОБЕННОСТИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПЛАТЬЯ ЖИТЕЛЬНИЦ БУХАРЫ В XIX ВЕКЕ

Тухтаева Ш.М.

*Тухтаева Шаходат Мухаммадиевна – учитель технологии,  
Школа № 28,*

*Гиждуванский район, Бухарская область. Республика Узбекистан*

**Аннотация:** *статья посвящена подробному описанию характеристик национальной одежды жительниц Бухары в XIX веке, их символическому и практическому значению, а также их ценности в изучении истории.*

**Ключевые слова:** *Бухара, национальная одежда, история.*

Национальная одежда является важным элементом изучения истории народа. Она отражает традиции, социальные отношения, идеологию, религиозные взгляды, нормы культуры и этики людей. Кроме того, в одежде находят своё воплощение этапы жизни человека, окружающая среда, время, сезоны хозяйственных работ, а также радостные и грустные события истории общества в целом, и человека в частности. По мере изменений происходящих в обществе, наряду с эволюцией быта, языка и взглядов населения, под влиянием внешних и внутренних причин, меняется и стиль одежды, которую это население носит.

Учитывая что, изменения в элементах мужской одежды менее ярко выражены, чем женской, эту статью я бы хотела посвятить особенностям женского костюма жительниц древней Бухары позапрошлого века, на примере образцов представленных в музеях города.

Изучив весь доступный мне материал и рассмотрев экспонаты в музеях Бухары я пришла к выводу что, сохранившиеся до наших дней образцы старой национальной одежды, в основном, относятся к концу XIX, началу XX веков. Более ранние экземпляры, к сожалению, крайне редки, так как одежда и ткани, находившиеся в постоянной эксплуатации, использовались до износа. Кроме того, сильное воздействие на натуральные ткани оказывает время.

Среди тех образцов, которые всё же дошли до наших дней большинство, имело религиозное или культурное значение и передавалось из поколения в поколение как реликвия. Сегодня, знания о тканях, методах шитья и украшения одежды Бухарских женщин из прошлого, специалисты черпают из отчетов археологов, образцов тканей, старых рисунков, резных фигурок и прочих исторических артефактов найденных на раскопках дворцов и сооружений таких древних поселений как Афросиёб, Варахша, Панжикент, Болаликтепа, Халчаён, Айртом.

Исследования ученых установили, что ткаческое искусство формировалось и развивалось регионально. Несмотря на схожесть в манере шитья, регионы отличались друг от друга методами подбора тканей и определения цветов. И чем развитей был регион, тем нарядней и богаче были наряды его жительниц.

Сегодня, большинство сохранившихся образцов бухарской национальной одежды прошлых веков можно увидеть на экспозициях в “историческом” зале музея АРК в древней Бухаре, в зале “женской и детской одежды” бывшей резиденции Эмира Бухарского Ситораи Мохи Хоса, а также музее народного прикладного искусства в Ташкенте.

Музей Ситораи Мохи Хоса крайне популярен среди местного населения, особенно людей небезразличных к истории. Коллекция национальной одежды хранящаяся в музее, по своему разнообразию, богатству и исторической ценности является одной из лучших в регионе. Не смотря на то, что основу коллекции составляет одежда относящаяся к периоду позднего феодализма (XIXв.) и периода колонизации Средней Азии, есть в ней и более ранние образцы.

Жемчужинами коллекции являются знаменитые золотошвейные халаты - зарчапон, древние женские платья – мурсак и большое количество редких драгоценных украшений, которыми должна была обладать любая уважающая себя женщина Бухарского эмирата. Ведь на протяжении многих веков Бухара была одним из культурных центров всей Центральной Азии. [1]

Особое место в музее уделено национальным свадебным одежаниям невест. В основном, костюм невесты это белая, широкая, легкая, хлопковая рубашка с вырезом, стоячим воротником и длинными свободными рукавами, поверх неё одевалось более плотное светлое одеяние, вышитый золотом «передник» и ювелирные украшения. Завершающим штрихом был бархатный халат, в основном покрытый рисунками и узорами из золоченой нити. Узором обычно был круг, с цветами, вышитыми в нем по часовой стрелке. Это являлось символом течения времени, и пожеланием безмятежной жизни невесте.

На голову невеста надевала золотошвейный головной убор (пешонабанд), а на него – длинный шелковый платок. Обувь, в основном, кожаные тапочки (махси) с вышитыми узорами. У золотошвейных халатов, которые невесты одевали поверх всей одежды, обычно не было видно ткани, т.к. они были полностью покрыты золоченой нитью. Вес таких халатов достигал 10 кг. [2]

Помимо одежды невест, в музее представлена богатая коллекция одежаний гостей на свадьбе. Различия в одежде зависели от роли человека на свадьбе, его социального статуса и происхождения. Таким образом, коллекция одежды помогает понять, как было устроено общество того периода.

Кроме того, представлено несколько разновидностей коротких сюртуков. В отличие от национальных камзолов, они имели более узкие рукава ушитые подмышками. Чаще всего, сюртуки шились из семи разных видов бархата, сшитых между собой и покрытых богатыми узорами вокруг. Под сюртук, обычно, одевалась легкая, красная рубашка из шелка, с цветами вышитыми золотом. Рукава рубашки были длиннее рукавов сюртука.

Часть коллекции музея посвящена велюровым платьям придворных дам. Обязательным элементом этих платьев были вышитые позолоченной нитью узоры в виде цветов по всей длине платья, с шелковыми элементами по краям. Под эти платья обязательно одевалась белая сорочка. Под стиль узоров и цвета платья изготавливались, также, головные уборы и платки. Для нанесения узоров использовались краски исключительно природного происхождения, при этом, ныне утраченная технология позволяла делать краски, которые не тускнеют уже сотни лет.

Традиционной повседневной одеждой женщин древней Бухары были платья куйлак и шаровары - лозим. Платья были в форме туники, длинные, до щиколоток, прямые, иногда расширяющиеся к низу. В основном из шелка или хлопка. Ворот платьев с вертикальным вырезом обшивался тесьмой из золотого шитья (пешкурта) и украшался вышивкой. Рукава были прямыми и длинными, закрывающими кисть. Позже, в конце XIX века, появились платья с отрезной кокеткой и платья со стоячим воротником и рукавами с манжетами. Глухие шаровары лозим, стягивались на талии поясом из тесьмы, продетым в загнутый рубцом верхний край шаровар. Зачастую шаровары шили из двух видов ткани: нижнюю часть, из более дорогого и нарядного материала, а верхнюю (не видную под платьем) - из более простой и дешевой материи. В более ранний период шаровары были длинными и широкими. Со второй половины XIX века начали появляться и более короткие и сужающиеся к низу варианты. К слову сказать, комплекты платьев и шаровар из знаменитого хан-атласа или яркого шелка являются основной формой национального костюма и по сей день.

В отличии от современных женщин, женщины древней Бухары, поверх платьев одевали халат. В основном это были легкие длинные распашные халаты (румча), слегка прилегающие к талии, со свободными коротким рукавами. Ворот открытый и

широкий. Специфической верхней женской одеждой был халат мурсак - распашная в форме туники длинная, в пол, накидка без воротника. Иногда утепленная. Ворот, полы и низ рукавов обшивались тканой тесьмой. Этот вид одежды обязательно присутствовал в приданом каждой невесты. Кроме того, при погребении на носилки усопшей накрывали два мурсака.

По восточной традиции женщины Бухары не могли находиться в обществе с непокрытой головой. До середины XIX века на голову женщины, обычно, одевали платок. Чаще один платок набрасывали на голову, а второй, сложенный по диагонали, надевали в виде налобной повязки. В будничные дни голову покрывали платком из белой кисеи, иногда с вышивкой. Платки состоятельных женщин обшивались золоченой, либо посеребренной нитью. С конца XIX века, среди женщин распространение получили вышитые шелком или золотой нитью тюбетейки. Женские тюбетейки существенно отличались от мужских дизайном, формой и узором.

В целом, одежда женщин Бухары того периода, весьма самобытна, и при этом включает в себя большое количество элементов орнамента и образцов тканей свойственных как для арабских стран, так и государств Индокитая. И это не удивительно, ведь на протяжении веков, Бухара была в центре пересечения торговых путей Великого шелкового пути, перенимая лучшие достижения, как с Востока, так и с Запада.

#### ***Список литературы***

1. *Абдуллаев Т.А., Хасанова С.А.* Одежда узбеков (XIX нач. XX в). Ташкент. Фан, 1978. С. 7-94.
  2. *Гончарова П.А.* Бухоро зардузлик санъати. Альбом. Т. Узб-н. КИМКнинг нашриёти, 1997.
  3. *Сухарева О.А.* Костюм народов Средней Азии. (Историко-этнографические очерки). М. Наука, 1979.
  4. *Наймов Н.* Бухорои Шариф. Бухара, Бухоро нашриёти, 1997.
-

# МЕТОДИКИ И ПРИЕМЫ ДЛЯ ТРЕНИРОВКИ ТЕХНИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ ЧТЕНИЯ НАЧАЛЬНОГО КЛАССА

Остонова З.У.<sup>1</sup>, Рахимова Х.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Остонова Зарнигор Усмоновна – учитель начальных классов;  
<sup>2</sup>Рахимова Хуришда Давлатшоевна – учитель начальных классов,  
Школа № 1,  
Каганский район, Бухарская область, Республика Узбекистан

**Аннотация:** статья посвящена приемам и упражнениям для тренировки техники чтения. В педагогике используются специальные методики и приемы для тренировки технической стороны чтения.

**Ключевые слова:** техника чтения, приёмы, упражнения, скорость чтения.

Скорость чтения — критерий, который оказывает влияние на уровень успеваемости школьника. Ведь чем медленнее читает ребенок, тем больше времени ему понадобится на изучение материала или выполнение задания. На практике доказано, что ученик средних классов с низкой техникой чтения не сможет достигнуть высоких результатов в обучении. Поэтому и учителям начальных классов, и родителям младших школьников необходимо уделять особое внимание тренировке техники чтения.

Оптимальная скорость чтения должна соответствовать темпу разговорной речи — 120 – 150 слов в минуту. Чтобы добиться таких результатов необходимо: увеличить частоту чтения; расширять угол периферического зрения; повышать устойчивость внимания; улучшать оперативную память; совершенствовать артикуляционный аппарат. [1]

В педагогике используются специальные методики и приемы для тренировки технической стороны чтения.

Чем чаще ребенок читает, тем лучше у него это будет получаться. Для тренировки техники чтения катастрофически мало занятий только на уроках. Чтобы достигнуть хорошего результата, рекомендуется проводить пятиминутки чтения на каждом уроке в течение всего школьного дня.

Такие пятиминутки организовываются в начале урока. У школьников на партах должны быть книги для дополнительного чтения. По сигналу учителя дети начинают читать в режиме «жужжащего» чтения. Данный прием подразумевает, что все дети читают одновременно. Причем делать это надо вполголоса, чтобы не мешать друг другу. Каждый ребенок читает в своем темпе. Через 5 минут чтение прекращается и дальше идет обычный урок, например математики, рисования или природоведения.

Никакого контроля или обсуждения содержания прочитанного не проводится. Этот прием используется только с целью увеличения времени для ежедневного чтения. Таким образом, на тренировку затрачивается не менее 30 минут, тогда как в обычном режиме каждый школьник читает в общей сложности около 5 – 10 минут за весь учебный день.

**Работа с таблицами слогов.** Чтобы повысить скорость чтения, важно тренировать ребенка воспринимать слог как единое целое, как основу прочтения слова. Для таких упражнений необходимы специальные таблицы слогов.

Детям предлагаются различные задания: прочесть строчку или столбец с определенной буквой; произвольное прочтение слогов; найти в таблице указанный слог; послогово показать слово в таблице.

Сначала используются таблицы с простыми слогами, а затем переходят к более сложным, состоящим из трех-четырех букв. Купить красочные таблицы можно в магазине учебной литературы как карточки, плакаты или книги-сборники.

**Приемы для расширения угла зрения.** В процессе чтения имеет значение количество знаков, которые попадают в поле зрения ребенка. Для расширения угла периферического зрения рекомендуется предлагать детям следующие упражнения.

**Найди слово.** Суть этого упражнения аналогична предыдущему. На листе бумаги нужно в произвольном порядке написать несколько разных, не очень длинных слов. Задание для школьников — как можно быстрее отыскивать на листе слова, которые поочередно будет называть учитель.

**Прием «Молния».** Использование приема «Молния» заключается в следующем. Детям на очень короткое время показывают слово, а они должны успеть его прочитать. Для этого упражнения можно подготовить карточки или создать презентацию, в которой слова появляются и сами исчезают через пару секунд.

Один и тот же набор слов надо использовать несколько дней подряд, пока ученики не запомнят их все. Затем предложить другую подборку слов. Для лучшего эффекта можно не просто давать школьникам прочитать слово, а и попросить написать его после того, как оно исчезнет.

**Прием «Спрятанные буквы».** Улучшению техники чтения способствует развитие умения предугадывать слова, а не прочитывать их побуквенно. Для этого можно предлагать такие задания: слова с кляксами — на карточке написано слово, часть которого закрыта пятном; слова с пропущенными буквами — на карточке слово, в котором несколько букв отсутствуют; разрезанное слово — карточку с написанным словом разрезают вдоль и предлагают детям прочитать слово или по верхней, или по нижней его части (слово можно не разрезать на части, а закрыть его половину линейкой); более сложный вариант этого упражнения — предугадать недостающее слово. Для него можно использовать крылатые выражения, фразеологизмы, известные фразы из сказок или стихотворений, загадки с рифмованной отгадкой.

**Прием «Повторное чтение».** Данный прием также предполагает многократное прочтение текста. Детям для чтения дается 1 минута. Затем нужно подсчитать количество слов, которые они успеют прочитать за отведенное время. После этого такое задание выполняется еще пару раз.

Результаты будут постепенно улучшаться, и это позволит ребенку поверить, что он может читать быстрее. Когда ученики будут читать текст последний раз, временное ограничение не устанавливается. Таким образом, они перейдут на чтение незнакомого текста и будут читать его в более быстром темпе.

**Прием «День — ночь».** В процессе чтения необходимо сохранять концентрацию внимания и уметь хорошо ориентироваться в тексте. Для тренировки этих навыков школьникам предлагается читать с соблюдением команд. Как только учитель произносит: «День!» — дети приступают к чтению. Услышав команду «Ночь!» все закрывают глаза. Затем снова звучит слово «День!». После этого нужно найти глазами место в тексте, на котором остановились, и продолжить чтение.

Такое упражнение проводится в течение 5 минут. Следить по тексту пальцем нельзя.

Работая над улучшением техники чтения важно учитывать, что количественный показатель зависит от типа темперамента ребенка, уровня развития его мыслительных процессов. Поэтому, конечно же, не удастся всех учеников «подтянуть» к нужным нормам, но улучшить результаты каждого несомненно получится. Кроме того, параллельно с увеличением скорости чтения обязательно нужно уделять внимание развитию выразительности и осознанности чтения, приучать детей читать правильно, без ошибок.

### ***Список литературы***

1. *Акратова Г.Р.* Эффективные методы развития критического мышления у учащихся. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [conference.com/images/PDF/2018/1/effective1.pdf/](http://conference.com/images/PDF/2018/1/effective1.pdf) (дата обращения: 24.10.2019).
2. *Пешкова Валентина Евгеньевна.* Педагогика часть 7 Учебно-методическое пособие Майкоп, 2010 349 с.

## ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ С МЫШЕЧНЫМИ АТРОФИЯМИ

Мадашева А.Г.<sup>1</sup>, Дадажанов У.Д.<sup>2</sup>, Абдиев К.М.<sup>3</sup>,  
Маматкулова Ф.Х.<sup>4</sup>, Махмудова А.Д.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Мадашева Анажон Газхановна – ассистент;

<sup>2</sup>Дадажанов Уткир Дадажанович - кандидат медицинских наук, доцент;

<sup>3</sup>Абдиев Каттабек Махматович - кандидат медицинских наук, доцент;

<sup>4</sup>Маматкулова Феруза Хайдаровна – ассистент,  
курс гематологии,

Самаркандский государственный медицинский институт;

<sup>5</sup>Махмудова Азиза Джумановна – доктор медицинских наук,

НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** электромиографическое исследование позволяет точно оценить активность мышц и в нервных тканях патогенетические изменения. При сдавлении и травмах мышечно-нервной системы применение на основе электростимуляции широко распространено и достаточно обоснованно и считается высокоэффективным методом. Применение электростимуляции у больных с гемофилией улучшает в мышцах и периферических нервах микроциркуляцию и обмен веществ.

**Ключевые слова:** патология мышечной системы у больных гемофилией, клинико-неврологические изменения, электронейромиография.

**Актуальность.** Гемофилия проявляется многообразием клинических симптомокомплексов, немаловажное место среди которых занимают осложнения кровоизлияний в мягкие ткани, суставы с развитием поздних неврологических расстройств [5-9]. Актуальность проблемы состоит в том, что именно поздние неврологические нарушения являются одной из причин снижения трудоспособности и качество жизни больных с гемофилией [1-8]. Среди широкого круга вопросов, касающихся осложнений гемофилии, особо стоит проблема патологии мышечной системы ввиду малой ее изученности. При тяжелой гемофилии после ничтожных травм или даже без видимых причин начинаются обильные и длительные кровотечения и кровоизлияния в ткани и мышцы с выраженным болевым синдромом, сдавлением нервных стволов и других жизненно важных органов. Наиболее частым осложнением, которое вызывают гематомы, являются невриты. В связи с кровоизлияниями в мышцы у больных гемофилией чаще всего поражаются периферические нервы нижних и гораздо реже верхних конечностей [11-16]. Сдавливание периферического нерва приводит к уменьшению или значительной потере кожной чувствительности. В более тяжелых случаях при больших гематомах и длительном сдавливании нерва отмечаются парезы мышц, что вызывает их атрофию [21-26]. Нейрофизиологические методы исследования, такие как электронейромиографическое (ЭНМГ) исследования мышечной активности и невралной проводимости могут в полной мере и достоверно оценить патогенетические изменения, происходящие в мышцах и периферических нервах [17-20]. Одним из диагностических методов регистрации ранних и поздних нейромиографических феноменов является стимуляционная нейромиография (ЭНМГ). Стимуляционная ЭНМГ основана на анализе вызванных электрических ответов мышц, полученных

путём электрических стимуляции периферического нерва. В ответ на электростимуляции смешанного нерва с иннервируемой им мышц можно регистрировать ряд вызванных потенциалов М- ответ ( суммарных потенциал мышечных волокон при прямой ортодромной стимуляции нерва). Н- рефлекс (рефлекторный ответ мышц на раздражение чувствительных волокон нерва). F- волну (ответ мышцы на возвратный разряд мотонейрона при антидромной стимуляции его по двигательным волокном нерва, А- волну (ответ мышцы на электростимуляцию, отражающий переход возбуждения с одних нервных волокон на другие [27-32]. При ущемлениях и травмах периферических нервов метод лечебный нервно- мышечной электростимуляции широко распространен, достаточно обоснован и высокоэффективен. Применение электростимуляции улучшает микроциркуляцию, метаболизм в мышечной ткани и в периферических нервах. Лечебная электростимуляция периферических нервов определена параметрическим диапазоном, позволяющий проводить ЭНМГ-двигательных корешковых волокон при атрофии мышц в конечностях [33-39]. Импульсы прямоугольной формы, положительной полярности, длительностью от 500 мкс до 1 мс и частотой от 1 до 10 Гц, субмаксимальной силой тока, позволяющей рекрутировать более 90% амплитуды М- ответа. Но лечебная электростимуляция периферических нервов у больных гемофилией с мышечными патологиями недостаточно изучена.

**Цель работы.** Изучение и сопоставление электронейро-миографических изменений до и после лечения методом электростимуляции периферических нервов у больных гемофилией, компрессионными нейропатиями и контроля эффективности стимуляции мышечных, невралгических и нейрональных элементов в течение процедуры.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 37 больных. Из них 34(90%) пациентов с гемофилией А и 3(10%) пациента с гемофилией В, имеющие мышечные изменения верхних и нижних конечностях. Все пациенты мужского пола в возрасте от 17 до 43 лет. Средний возраст  $28,12 \pm 3,02$ . Контрольную группу вошли 10 человек: Все мужского пола от 19 до 45 лет, средний возраст-  $30,14 \pm 2,02$ . Больным было проведено электронейромиографическое (ЭНМГ) исследование на двухканальном аппарате Synapsis с компьютерной обработкой данных (програмное обеспечение «Нейротех»). Исследовали скорость проведения невралгического импульса по следующим нервам с двух сторон Ulnaris, Medianus, Radialis, Femoralis, Tibialis, Peroneus. Микроэлектрические импульсы прямоугольной формы положительной полярности. Необходимая сила тока и длительность импульса воздействия определялись в ходе эксперимента при построении кривых рекрутирования амплитуды М- ответа при разных длительностях электростимула, выявлении эффективных и комфортных параметров воздействия. После определения диапазона параметрической оптимизации осуществлялась ЭНМГ контролируемая электростимуляция малоберцового нерва на стороне поражения и по специальному алгоритму отбирались индивидуальные оптимальные параметры стимуляции. Верхний уровень частотного диапазона для электростимуляции при эпохе анализа вызванных потенциалов 100 мс устанавливался 10 Гц. Нижний уровень диапазона частот устанавливался приемлемым для стандартных ритмических диагностических проб (F- волна, Н-рефлекс) с учетом наиболее распространенного минимального значения частоты генерации электростимулов физиотерапевтическими аппаратами- 1 Гц.

**Результаты исследования:** Клинико-неврологические исследования указывают, что у пациентов с гемартрозами на первый план выступали двигательные нарушения с ограничением подвижности в патологическом суставе с наличием атрофии мышц рабочего характера [9,11,12]. Мышечная сила была умеренно снижена, однако сухожильные рефлексы у 86.5 % больных вызывались и были сохранены. Обследования показывают, что достоверное снижение максимальных амплитуд М-ответа до  $4,22 \pm 0,12$  мВ ( $P < 0,05$  по локтевому и  $4,03 \pm 0,11$  мВ ( $P < 0,05$ ), по

большеберцовому нервам на фоне незначительного снижения скорости проведения импульса по нервным волокнам до  $57,3 \pm 0,2$  м\с по локтевому и до  $46,2 \pm 0,18$  ( $P < 0,05$ ), по большеберцовому нервам, что свидетельствовало о мышечном компоненте двигательных расстройств. У 11 пациентов с кровоизлияниями в мягкие ткани образования гематом приводило к сдавлению периферических нервных стволов с развитием компрессионных нейропатий [2-4]. У этих больных отмечалось резкое снижение скорости проведения импульса по локтевому нерву до  $24,8 \pm 0,3$  м\с, а по большеберцовому нерву до  $29,5 \pm 0,4$  м\с, ( $P < 0,05$ ) с уменьшением амплитуд М-ответа до  $2,980 \pm 3$  мВ и  $2,90,24$  мВ ( $P < 0,05$ ) соответственно. Это явилось следствием компрессионно-ишемических процессов при сдавлении стволов исследуемых нервов гематомами и последующими некротическими процессами в мягких тканях. Данные электронейромиографии средние величины **СПИ, м\с**-Ulnaris D  $44,7 \pm 0,24$ ; Ulnaris S  $47,75 \pm 0,16$ ; Medianus D  $49 \pm 0,34$ ; Medianus S  $48,6 \pm 0,16$ ; Radialis D  $49,05 \pm 0,25$ ; Radialis S  $48,8 \pm 0,4$ ; Femoralis D  $46,4 \pm 0,56$ ; Femoralis S  $45,2 \pm 0,51$ ; Tibialis D  $46,7 \pm 0,41$  Tibialis S  $46,15 \pm 0,8$ ; Peroneus D  $47,7 \pm 0,32$ ; Peroneus S  $47,14 \pm 0,26$ ; **Лат.М.мс** Ulnaris D  $16 \pm 0,06$ ; Ulnaris S  $14,06 \pm 0,18$ ; Medianus D  $13,16 \pm 0,16$ ; Medianus S  $14,48 \pm 0,26$ ; Radialis D  $12,9 \pm 0,28$ ; Radialis S  $13,4 \pm 0,34$ ; Femoralis D  $17,22 \pm 0,41$ ; Femoralis S  $18,2 \pm 0,51$ ; Tibialis D  $16,46 \pm 0,28$ ; Tibialis S  $16,9 \pm 0,62$ ; Peroneus D  $14,2 \pm 0,51$ ; Peroneus S  $14,9 \pm 0,35$ ; **Ампл. М, мВ** Ulnaris D  $3,74 \pm 0,12$ ; Ulnaris S  $3,9 \pm 0,1$ ; Medianus D  $4,06 \pm 0,16$ ; Medianus S  $3,91 \pm 0,17$ ; Radialis D  $4,06 \pm 0,16$ ; Radialis S  $3,35 \pm 0,12$ ; Femoralis D  $4,6 \pm 0,23$ ; Femoralis S  $4,4 \pm 0,21$ ; Tibialis D  $3,35 \pm 0,19$ ; Tibialis S  $3,2 \pm 0,14$ ; Peroneus D  $2,5 \pm 0,35$ ; Peroneus S  $2,4 \pm 0,26$ ; 10(46%) пациентам с гемартрозами в конечностях и 11(54%) пациентам с кровоизлияниями в мягких тканях, было проведено лечебная электрическая стимуляция. Лечебная электрическая стимуляция было проведено на двухканальном аппарате Synapsis с помощью надкожных пластинок. Сила тока 1 Гц по 12-13 м\Амп в верхних конечностях и 17-18 м\Амп в нижних конечностях. По 8-10 сеансов на курс лечения. Для улучшения их мышечной силы и реабилитации опорно- двигательной системы. Данные электронейромиографии средние величины после 8-10сеансов лечебной электрической стимуляции. **СПИ, м\с**-Ulnaris D  $45,7 \pm 0,24$ ; Ulnaris S  $47,85 \pm 0,16$ ; Medianus D  $49 \pm 1,34$ ; Medianus S  $48,8 \pm 1,16$ ; Radialis D  $49,45 \pm 0,25$ ; Radialis S  $48,9 \pm 0,4$ ; Femoralis D  $47,4 \pm 0,56$ ; Femoralis S  $46,2 \pm 0,51$ ; Tibialis D  $47,7 \pm 0,41$  Tibialis S  $47,15 \pm 0,8$ ; Peroneus D  $47,7 \pm 1,32$ ; Peroneus S  $47,34 \pm 1,26$ ; **Лат.М.мс** Ulnaris D  $17 \pm 0,06$ ; Ulnaris S  $15,06 \pm 0,18$ ; Medianus D  $14,16 \pm 0,16$ ; Medianus S  $14,48 \pm 0,26$ ; Radialis D  $13,9 \pm 0,28$ ; Radialis S  $14,4 \pm 0,34$ ; Femoralis D  $17,42 \pm 0,41$ ; Femoralis S  $18,2 \pm 0,51$ ; Tibialis D  $16,46 \pm 0,28$ ; Tibialis S  $16,9 \pm 0,62$ ; Peroneus D  $14,8 \pm 0,51$ ; Peroneus S  $14,9 \pm 0,35$ ; **Ампл. М, мВ** Ulnaris D  $3,94 \pm 0,12$ ; Ulnaris S  $3,9 \pm 1,1$ ; Medianus D  $4,36 \pm 0,16$ ; Medianus S  $3,98 \pm 0,17$ ; Radialis D  $4,06 \pm 0,16$ ; Radialis S  $3,45 \pm 0,12$ ; Femoralis D  $4,8 \pm 0,23$ ; Femoralis S  $4,6 \pm 0,21$ ; Tibialis D  $3,65 \pm 0,19$ ; Tibialis S  $3,8 \pm 0,14$ ; Peroneus D  $2,9 \pm 0,35$ ; Peroneus S  $2,8 \pm 0,26$ ; Скорость распространения возбуждения по дистальным отделам двигательных волокон показывают незначительные улучшения показателей.

**Выводы:** ЭНМГ-обследование обладает высокой информативностью и достоверностью, являясь обоснованием для выбора тактики терапии и прогноза неврологических расстройств у больных гемофилией. У больных гемофилией с деформациями на ЭНМГ преобладают мышечно- невральные изменения и радикулопатии либо комбинированные поражения. С целью профилактики атрофии мышц в конечностях, ведение пациентов осуществляется совместно врачами гематологами, неврологами и физиотерапевтами. 4. Таким образом, данные исследования больных гемофилией с мышечными патологиями в конечностях подтвердили эффективность электрической стимуляции в мышцах, улучшая их мышечную силу, в клинической практике при реабилитации больных опорнодвигательной системы.

## Список литературы

1. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент. 1996.
2. *Дехканов Т.Д. и др.* Морфология флюоресцирующих структур двенадцатиперстной кишки // *European research*, 2019. С. 183-187.
3. *Зайниев С.С., Шамсиев Ж.З.* Современные методы лучевой диагностики хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита // *International scientific review of the problems of natural sciences and medicine*, 2018. С. 15-18.
4. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // *Bulletin of Experimental & Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. №1.
5. *Индиаминов С.И., Бойманов Ф.Х.* Современные судебно-медицинские аспекты колото-резаных повреждений // *Судебно-медицинская экспертиза*, 2018. Т. 61. № 2. С. 3-7.
6. *Индиаминов С.И., Дехканов Т.Д., Жуманов З.Э.* Некоторые экспериментально-морфологические параметры периваскулярного пространства коры головного мозга // *Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения и инновации*, 2019. С. 161-164.
7. *Мадашева А.Г., Махмудова А.Д.* Клинико-неврологические и нейромиографические сопоставления у больных гемофилией // *Врач-аспирант*, 2012. № 5. С. 38.
8. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*, 2015. № 4. С. 41-42.
9. *Рахманов К.Э. и др.* Профилактика и медикаментозное лечение эхинококкоза легких // *Актуальные вопросы современной пульмонологии*. Ма, 2018. С. 142.
10. *Турсунов Ф.О. и др.* Сахарный диабет 1-ГО типа у детей в системе экстренной медицинской помощи // *Вестник экстренной медицины*, 2013. № 3.
11. *Хамракулова Н.О., Хушвакова Н.Ж., Дадажанов У.Д.* Цитологические особенности применения раствора Декасан и озонотерапии в лечении хронического экссудативного среднего отита при хроническом лейкозе // *Вестник Казахского Национального медицинского университета*, 2014. № 2-3.
12. *Юсунов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // *Педиатрия*, 2009. № 7.
13. *Юсунов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*, 2009. Т. 86. № 3.
14. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсунов 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.
15. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Из-во «Ибн-Сино», 2001.
16. *Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э.* Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени // *Вісник наукових досліджень*, 2016. № 1. С. 42-45.
17. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
18. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // *Детская хирургия*, 2012. № 1.
19. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени // *Медицинский журнал Узбекистана*, 2016. № 1. С. 45-48.

20. Шамсиев Ж.А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // European science, 2017. № 7 (29).
  21. Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Шамсиев Ж.З. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени // European science, 2018. № 6 (38).
  22. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р. Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // Колопроктология, 2017. № 3S. С. 49а-50.
  23. Шамсиев Р.А. Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
  24. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
  25. Kasimov S. et al. Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8. С. 548.
  26. Saydullayev Z.Y. et al. Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 101-107.
  27. Slepov V.P. et al. Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaia khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
  28. Sayit I. Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication // European science review 2016. № 7-8.
  29. Shamsiev A.M., Zayniev S.S. Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
  30. Shamsiyev A., Davlatov S. A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. С. 80-83.
  31. Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K. Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2016. Т. 26. –№ 2.
  32. Zayniev S.S. Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
-

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Негмаджанов Б.Б.<sup>1</sup>, Насимова Н.Р.<sup>2</sup>, Ганиев Ф.И.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Негмаджанов Баходур Болтаевич – профессор;

<sup>2</sup>Насимова Нигина Рустамовна – ассистент;

<sup>3</sup>Ганиев Фахриддин Истамкулович – ассистент,  
кафедра акушерства и гинекологии № 2,

Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в последние годы произошло значительное «омоложение» пролапса гениталий, данная патология все больше встречается у женщин репродуктивного возраста. Для этой категории пациенток поиск эффективных, удобных методов контрацепции является актуальной проблемой современной гинекологии. В статье представлены результаты исследования женщин репродуктивного возраста, к которым были применены различные методы контрацепции. Авторами доказано, что наиболее эффективным методом контрацепции является трансвагинальная перевязка маточных труб, проводимая одновременно с хирургическим лечением опущения и выпадения стенок влагалища.

**Ключевые слова:** трансвагинальная перевязка маточных труб, женщины репродуктивного возраста.

Пролапс гениталий на сегодняшний день во всем мире представляет собой важную медицинскую, социальную и этическую проблему. По данным Всемирной организации здравоохранения «к 2030 году около 63 млн. женщин в мире будут страдать от пролапса гениталий, при этом одной из девяти женщин моложе 80 лет выполняются хирургические вмешательства по поводу этой патологии, а 30% из них требуются повторные операции» [4-7]. В связи с тенденцией к увеличению заболеваемости не только среди пожилых женщин, но и женщин молодого и среднего возраста пролапс гениталий продолжает оставаться в центре внимания хирургов и гинекологов. «В настоящее время существует более 300 способов хирургической коррекции выпадения органов малого таза, но предложенные методы недостаточно эффективны, а частота рецидива заболевания при них достигает 25-30% случаев» [25-32].

Сложившаяся ситуация связана не только с выбором неадекватного метода хирургического лечения, но и с качеством предоперационной подготовки и ведения больных после операции. Наибольшего внимания заслуживают женщины репродуктивного возраста, что требует повышения эффективности лечения в аспекте снижения рецидивов заболевания и решения вопроса о репродуктивной функции [18-24]. Это требует внедрения в клиническую практику более совершенных методов хирургической коррекции пролапса органов малого таза с учетом степени выраженности заболевания, возраста, а также возможностей совершенствования метода хирургической контрацепции у данного контингента больных [12-17].

В отечественном здравоохранении предприняты масштабные целевые меры по коренному улучшению качества и существенному расширению диапазона оказываемой медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, в частности, в совершенствовании методов хирургической контрацепции у женщин с неполным выпадением стенок влагалища.

«В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах поставлены задачи по развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности». В соответствии с этим, разработка методов хирургической контрацепции у женщин с неполным выпадением стенок

влагалища и оценка ее влияния на качество жизни женщин является одним из актуальных направлений для исследования [4-12].

**Цель** исследования разработать принципы дифференцированного применения добровольной хирургической контрацепции у женщин репродуктивного возраста во время операции по поводу пролапса гениталий.

**Материалы и методы.** Исследование было основано на клинико-лабораторном обследовании 126 больных с различными формами пролапса гениталий различной степени, которые поступали в плановом порядке в гинекологическое отделение родильного комплекса №3 города Самарканда в период с 2012 по 2016 годы. Все обследованные были разделены на 2 группы: 46 (36,5%) женщин, которым первым этапом хирургической коррекции пролапса тазовых органов проведены миноплапартотомия и добровольная хирургическая контрацепция (ДХК), составили группу сравнения, а 80 (63,5%) женщин, которым во время оперативного лечения пролапса гениталий одновременно произведена трансвагинальная окклюзия маточных труб - основную группу. Для адекватной оценки результатов лабораторных исследований мы использовали 30 практически здоровых женщин, которые составили контрольную группу. Возраст обследованных беременных женщин колебался в пределах от 19 лет до 45 лет. Средний возраст в 1-й группе составлял 35,9 лет, во 2-й группе - 39,8 лет. Определено, что немаловажную роль в развитии осложнений играла частота экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) у обследованных женщин. Обращает на себя внимание высокий инфекционный индекс во всех обследуемых группах. Так, все женщины в различные периоды жизни перенесли детские инфекции, остореспираторные вирусные инфекции (ОРВИ), болезни органов дыхания, ЛОР-органов, заболевания почек, которые могли оказать отрицательное влияние на состояние различных систем организма, необходимых для правильного становления репродуктивной функции будущей женщины. Все женщины, находящиеся под наблюдением, подвергались углубленному клиническому обследованию с тщательным изучением соматического, акушерского и гинекологического анамнезов, а также учитывался возраст, менархе, состояние репродуктивной системы и течение текущей беременности и родов. Проводился общий осмотр, наружное и внутреннее акушерское обследование, клинические анализы крови, мочи, определяли группу и резус принадлежность крови, исследовали кровь на реакцию Вассермана, проводили бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого шейки матки и влагалища, анализ мочи по Нечипоренко. Клинико-статистический анализ анамнестических данных, особенностей течения заболевания проводился на основании специально разработанных карт. В карту заносили методы общеклинических специальных исследований, хирургического лечения, контрацепции; особенности течения послеоперационного периода.

Пролапс гениталий оценивали по стандартизированной системе POPQ (pelvic organ prolapse quantification), разработанной Международным обществом по удержанию мочи. Для выяснения состояния слизистой влагалищной части шейки матки перед операцией больным проводили кольпоскопию по общепринятой методике кольпоскопом SCANNERUSB-DIGITAL с 300-кратным увеличением. Эхографию выполняли на аппарате MEDISON, SONOACE X6 с использованием абдоминального и вагинального датчиков серий продольных и поперечных сканирований. Бактериоскопическому исследованию подвергали слизь, отделяемую из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища перед операцией, до и после санации влагалища. Функцию мочевыделительной системы оценивали на основании дневника мочеиспусканий. Мы использовали этот дневник независимо от клинического проявления дизурии (стресс-инконтиненция (СИ), поллакиурия, императивный позыв). В ходе исследования у 82 (54,7%) пациенток диагностирована комбинированная форма недержания мочи (НМ), хотя в клинической картине

доминировали в симптомы СИ. Качество жизни пациенток с пролапсом гениталий и добровольной хирургической контрацепцией (ДХК) оценивали согласно результатам анкетирования до и через год после оперативного лечения.

**Результаты и обсуждение.** Из общего числа обследованных больных жительниц города было (67%), села (33%). На наследственную предрасположенность по пролапсу гениталий указали (55, 9%) женщин. Большинство обследованных имели по 2-3 родов (72%). (27, 5%) женщин в анамнезе были одни роды, а у (17, 1%) на одну женщину пришлось по 4- родов. Детородная функция характеризовалась большим числом родов, которые сопровождались высоким травматизмом промежности(64%), высокой частотой абортот. Гинекологические заболевания воспалительного характера выявлены в 100% случаев. Из 46 женщин, имевших в анамнезе роды, все 46 связывали свое заболевание с родами. Почти половина пациенток (52,5%) имели в анамнезе от 1 до 4 искусственных и самопроизвольных абортов. Согласно международной классификации болезней диагноза были распределены. Всем пациенткам в плановом порядке было проведено хирургическое лечение. Выполненные виды оперативного вмешательства у обследованных женщин. Преобладающим методом оперативного лечения пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста является передняя и задняя кольпо-перинеоррафия. Восстановление тазового дна у всех женщин производилось за счет собственных тканей. У всех пациенток использовался влагалищный доступ. Всем больным проводилась общая или спинальная анестезия. 62, 9% пациенткам кольпоперинеолеваторопластика с укреплением пузырно-влагалищной фасции по методу Бума, 17, 5% ампутиация шейки матки по методики Н.И. Никитина. Предложенная нами техника кольпоперинеолеваторопластики с укреплением ее пузырно влагалищной фасции стерилизацией по Померою трансвагиналь ным доступом.

I этап –обнажаем влагалище при помощи зеркал, захватываем шейку матки пулевыми щипцами и низводим ее. Делаем в переднем своде влагалища разрез длиной 2-3 см и проникаем в брюшную полость.

II этап –с помощью тубного крючка Раматибоди захватываем маточную трубу и низводим ее во влагалище. Осматривая ампулярный отдел и фимбрии, убеждаемся, что низведена труба и выбираем бессосудистый участок.

III этап –В бессосудистом участке создаем петлю трубы в 1-2 см, накладываем свободную удавку хромированным кетгутом (простая O-образная лигатура) вокруг трубы и затягиваем квадратным узлом. Петлю тубы срезаем, держа лигатуру натянутой. Осматриваем культю

тубы на предмет отсутствия кровотечения, обрезаем лигатуру в 1 см от трубы и погружаем трубу в брюшную полость. Такую же процедуру выполняем с другой стороны и ушиваем рану переднего свода влагалища непрерывным кетгутовым швом.

IV этап –шейку матки низводим ко входу во влагалище, по средней линии, отступая на 1, 5-2 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала и по направлению к наружному зеву шейки матки, не доходя до границы шейки и свода влагалища, разрезаем влагалищную стенку до подлежащего рыхлого слоя клетчатки. Тупым и острым путем отслаиваем влагалищную стенку от подлежащей пузырной фасции. Площадь отсепаровывания зависит от величины лоскута стенки влагалища, который будет удален, как избыточный.

V этап –кисетным кетгутовым швом соединяем по средней линии паравезикальные ткани, прокалывая фасцию и мышечный слой, за счет чего осуществляется «укрепление» мочевого пузыря и одновременно гемостаза.

VI этап –Удаляем избыточную ткань влагалищной стенки, края раны соединяем непрерывным кетгутовым швом. Оценка гемостаза, удаление пулевых щипцов.

VII этап –Определяем границы удаляемого треугольного лоскута задней стенки влагалища с помощью зажимов Кохера: два зажима в области наружных углов

треугольника накладываем на нижние отделы половых губ, выше границ задней спайки, на том уровне, где в будущем будет заново сформирована задняя спайка. Вершина треугольника располагается на задней стенке влагалища по средней линии. Сводя нижние зажимы вместе, определяем ширину образующегося после операции входа во влагалище.

VIII этап –Растянув зажимами основание треугольника, скальпелем делаем тонкий срез по месту соединения слизистой оболочки влагалища и кожи промежности. На получившиеся лоскуты накладываем зажимы, растягиваем рану, проникаем в прямокишечно-вагинальную клетчатку и тупым и острым путем отсекаем стенку влагалища от прямой кишки. Лоскут срезаем ножницами, начиная от верхнего угла, далее переходя на боковые углы.

IX этап –Непрерывным кетгутовым швом зашиваем образовавшуюся рану, начиная с ее верхнего угла, соединяя только края слизистой оболочки. После нескольких –4-5 –стежков передаем конец нити с иглодержателем ассистенту и приступаем к леваторопластике.

X этап –леваторопластика выполнялась двумя способами в зависимости от состояния мышцы. Если при пальпации определяли, что ножки мышцы не разорваны, их выделяли из фасции. Если при пальпации брюшко мышцы, поднимающей задний проход, плохо определялось, оставшиеся части мышц сшивали вместе с покрывающими фасциями. В первом случае со стороны раны влагалища над брюшком мышцы (определяли пальпацией) разрезали клетчатку и фасции. Обнаруживали с обеих сторон леваторы, под ними проводили толстую лигатуру и подтягивали в рану влагалища, одновременно освобождая от фасции их преректальные части, на которые накладывали 2-3 основных стягивающих шва. Во втором случае не выделяли мышцы, используя крутую толстую иглу, сначала подводили ее под мышцу с одной стороны, выкалывали и захватывали мышцу с другой стороны. В момент проведения иглы под мышцами оттесняли кишку пальцем кзади.

XI этап –продолжали начатое соединение краев вагинальной раны непрерывными кетгутовыми швами до границы кожи. Переходим на мышцы промежности и ушиваем их.

XII этап –наложение швов по коду промежности по Дюцману.

В качестве контроля 50 пациенткам ДХК проведена первым этапом, перед вагинальной операцией, по стандартной технике минилапаротомии.

Отмеченные тенденции к улучшению качества половой жизни, говорят о положительном влиянии устранения генитального пролапса с одновременной ДХС на качество жизни женщин

**Выводы.** 1. Предрасполагающие факторы, приводящие к пролапсу гениталий у женщин репродуктивного возраста, обусловлены нейроэндокринными нарушениями, характерными для периода перименопаузы, высокой частотой гинекологической (64,22%) и экстрагенитальной патологии (94,5%). Факторами риска данного заболевания являются большое количество беременностей (82,57%), 2-3 и более родов (91,74%), разрывы промежности, эпизиотомия в родах (55,96%) и наследственная предрасположенность (42,2%). 2. Одномоментная хирургическая коррекция пролапса гениталий с расстройством мочеиспускания применено у 52,0% пациенток, что способствовало эффективному устранению основной патологии и синдрома дизурии. 3. Предложенный способ хирургического лечения женщин с элонгацией шейки матки способствует улучшению процессов регенерации и репарации в области операционной раны за счет сопоставления краев слизистой вагинальной раны, формирования косметической шейки, предотвращает образование деформирующего рубца (патент на изобретение «Способ хирургической стерилизации у женщин с пролапсом гениталий, сопровождающимся недержанием мочи», №IAP 05076, 29.08.2015 г). 4. Особенности послеоперационного течения и отдаленных результатов хирургической коррекции пролапса гениталий свидетельствуют о высокой

эффективности предложенного метода хирургической коррекции пролапса гениталий и обеспечили снижение риска развития инфильтрации и расхождения послеоперационных швов в 1,5 раза, сокращение сроков пребывания больных в стационаре на 1,45 дня и риска развития рецидивов заболевания в отдаленные сроки наблюдения в 1,6-2,8 раза.

### Список литературы

1. Ганиев Ф.И., Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д. Лечебная тактика при сочетанной гинекологической и хирургической патологии // ООО «Махлиyo-shifo» & V., 2013. С. 100.
2. Гариб Ф.Ю. и др. Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
3. Зайниев С.С. Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. №1.
4. Кондаков В.Т. и др. Модифицированная методика операции Иванисевича при варикоцеле у детей // Клиническая хирургия, 1992. № 6. –С. 9-12.
5. Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А. Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // доровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
6. Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б. Основы педиатрической андрогинекологии. Хирургические аспекты // Андрол и генит хир., 2002. Т. 2. С. 70-5.
7. Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б. Секстрансформационные операции при нарушениях органов репродуктивной системы // Пробл. Эндокринолог, 1993.
8. Окулов А.Б., Богданова Е.А., Негмаджанов Б.Б. Ректосигмоидальная вагинопластика с реконструкцией шейки матки при аплазии влагалища и гемагометре // Реконструктивная хирургия и реабилитация репродуктивной функции у гинекологических больных. М., 1992. С. 54.
9. Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б. Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов» // Андрология и генитальная хирургия, 2005. Т. 6. № 1. С. 20-22.
10. Раббимова Г.Т., Негмаджанов Б.Б. Оценка эффективности лечения и профилактики осложнений у беременных с вагинальной инфекцией // Здоровье и образование в XXI веке, 2017. Т. 19. №.1.
11. Раббимова Г.Т., Негмаджанов Б.Б. Регуляция кардиоритма беременных при преэклампсии тяжелой степени // ББК 51.1+ 74.58 Қ 22, 2013. С. 125.
12. Маматкулова М.Д. и др. Грибковое поражение вульвы и влагалища у женщин с артифициальным влагалищем // ООО «Махлиyo-shifo» & V. С. 101.
13. Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э. "Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба". Врач-аспирант. 6 (2009): 467-471.
14. Негмаджанов Б.Б., Шавкатов Х.Ш., Маматкулова М.Д. Хирургическое лечение повторного пролапса матки и стенок влагалища после гистрoвентрофиксaции // International scientific review of the problems and prospects of modern science and education, 2017. С. 83-85.
15. Насимова Н.Р. Добровольная хирургическая контрацепция женщин репродуктивного возраста, страдающих пролапсом тазовых органов // Наука и Мир., 2015. Т. 2. № 1. С. 95-97.
16. Юсунов Ш.А. Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.

17. Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М. Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Из-во «Ибн-Сино, 2001.
  18. Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж. Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
  19. Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
  20. Шамсиев Ж.А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // European science, 2017. № 7 (29).
  21. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р. Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // Колопроктология, 2017. № 3S. С. 49а-50.
  22. Шамсиев Р.А. Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
  23. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
  24. Якубова Г.К., Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б. Влияние сахарного диабета I-го типа на становление менструальной функции у девушек-подростков // Врач-аспирант., 2010. Т. 39. № 2.2. С. 275-278.
  25. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.
  26. 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.
  27. Minaev S.V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
  28. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
  29. Slepov V.P. et al. Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaja khirurgija, 1981. № 6. С. 78.
  30. Zayniev S.S. Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
  31. Shamsiev A.M., Zayniev S.S. Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомиєліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
  32. Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K. Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2016. Т. 26. № 2.
-

**THE CONDITION OF PRO-AND ANTIOXIDANT SYSTEMS IN  
CHILDREN WITH ACUTE LARYNGOTRACHEITIS WITH  
IMMUNOMODULATING THERAPY**  
**Samieva G.U.<sup>1</sup>, Abdirashidova G.A.<sup>2</sup>, Narzullaeva U.R.<sup>3</sup>, Toirova S.B.<sup>4</sup>,  
Mamadiyarova D.U.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Samieva Gulnoza Utkurovna – Associate Professor, Head of the Department;

<sup>2</sup>Abdirashidova Gulnoza Ablakulovna - Assistant;

<sup>3</sup>Narzullaeva Umida Rahmatullaevna -Assistant;

<sup>4</sup>Toirova Sakina Bahodirovna - Assistant;

<sup>5</sup>Mamadiyarova Dilshoda Umurzakovna - Assistant,

DEPARTMENT OF NORMAL AND PATHOLOGICAL PHYSIOLOGY,  
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,  
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

**Abstract:** *it is known that the activation of free radical oxidation OSLT, with the development of imbalances in the LPO - AOS and the accumulation of toxic compounds such as malondialdehyde (MDA) is one of the factors determining the severity of infection at laryngotracheitis in children, which results in increased expression of intoxication syndrome. Violation of this balance towards the increased activity of oxidative processes often leads to a generalization of infection, complications arise and the development of secondary immunodeficiencies. The study is based on clinical and laboratory examination of 275 children with acute stenosinglaryngotracheitis. The study revealed an increase in the intensity of free radical processes against progressive failure of antioxidant system in erythrocytes of children with ASLT. A more pronounced increase of intensity of lipid peroxidation and inhibition of enzyme activity of AOP in membrane structures of cells observed in children in the subgroups in which to implement integrated treatment including immunomodulatory drugs, evidence of its effectiveness compared with traditional therapy.*

**Keywords:** *acute constrictive laryngotracheitis, antioxidant system, children, immunomodulatory drugs.*

**Relevance of study.** I ncrease in the number of acute respiratory infections in children, accompanied by airways obstruction, which often leads to the development of stenoticlaryngotracheitis. One of the factors determining the severity of the infection, with laryngotracheitis evident in increasing expression of intoxication syndrome is the activation of free radical oxidation at OSLT, with the development of imbalances in the LPO (lipid peroxidation) - AOD (antioxidant protection) and the accumulation of toxic compounds such as MDA (malondialdehyde) [7-14]. Violation of this balance towards the increased activity of oxidative processes often leads to a generalization of infection, complications arise and the development of secondary immunodeficiencies, which makes it relevant to the problem of studying the possibility of exposure to the disease agents with antioxidant activity [1-6]. However, some interest is the study of the influence of immunomodulatory drugs on the state of the antioxidant system, as AOS imbalance can lead to loss of functional activity of immune cells at OSLT. Also according to literature data prolonged and persistent increase in POL reduces the functional activity of lymphocytes, which can lead to the formation of immune deficiency. In that regard, the purpose of our research was: to study the activity of pro- and antioxidant system in the membranes of red blood cells in children with primary and recurrent laryngotracheitis before and after treatment [15].

**Materials and methods of research.** The study was based on clinical and laboratory examination of 275 children with acute stenosinglaryngotracheitis hospitalized in Clinic of SSMI № 1 in the period from 2016 to 2019.

For an adequate assessment of laboratory data were examined 30 healthy children of comparable age. All examined children were divided into 2 groups by forms of acute

stenosinglaryngotracheitis: - 1 group of 122 (44.4%) children with primary stenosinglaryngotracheitis.

- 2 group - from 153 (55.6%) with recurrent stenosinglaryngotracheitis.

In this paper was investigated the determination of the level of lipid peroxidation - the initial product of diene conjugates (DC) in the membranes of red blood cells and the end product of lipid peroxidation - MDA. All biochemical studies on determining the parameters of lipid peroxidation and antioxidant protection were held in the research laboratory.

Was determined the level of CT (catalase) in the blood as well as serum cholinesterase activity pursued by a colorimetric method for the SF-46 for  $q / e = 500-560$  nm. The intensity of chemiluminescence (chemiluminescence) was studied by the method of Yu. Vladimirov, A.I. Archakova. Definition of MDA was conducted by the method of N.A. Andreeva et al. The activity of SOD (superoxide dismutase) was determined by the method of E.E. Dubinin et al.

**Obtained results and discussion.** The study revealed an increase in the intensity of free radical processes against progressive failure of antioxidant system in erythrocytes of children with OSLT, the deepening of expressions of immune T-link. In the period of exacerbation of the disease was noted a significant rise in the level of MDA in patients of Group 1 to  $2,79 \pm 0,11$  nmol/L in Group 2 -  $8,23 \pm 1,11$ , which exceeds the control 2.33 times and 2.9 times respectively in groups, and it reaches the level of DC in patients of Group 1 to  $3,27 \pm 0,09$  U / ml, in group 2 -  $5,61 \pm 0,69$ . Obtained results indicate a significant activation of LPO. The level of SOD in group 1 decreased by 99.5% in group 2 - 99.6%, indicating the structural and functional changes in the membrane of cells. Perhaps in these violations of micro- and macro blood rheology the considerable role belongs to the activation of free radical processes. Thus, Coconnier M.H. et al. (2007) showed that the activation in erythrocytes free-radical processes reduces fluidity and deformability of erythrocyte membranes, violates morphological structure and thus modifies the aggregation ability of these cells [5]. Activation of lipid peroxidation and the AOC, as a result, and the presence of changes in lipid structure are the basis for therapeutic and preventive measures aimed at correcting these violations. Thus, studies have established a significant violation of a pathogenic role of antioxidant function in organisms of OSLT children. Changes in the system POL-AOP were the leading mechanism of dysfunction of lymphocytes. The loss of functional activity of immune cells at OSLT can be linked to an imbalance of oxidant and antioxidant systems (Table. 1).

*Table 1. The activity of pro- and antioxidant system in the membranes of red blood cells in children with primary and recurrent laryngotracheitis*

	Indicators	Control group(n=30)	Group 1 (n=122)	Group 2 (n=153)
POL	MDA nmol / l	$2,79 \pm 0,11$	$6,51 \pm 0,22^{***}$	$8,23 \pm 1,11^{***}$
	DC, U / ml	$1,43 \pm 0,02$	$3,27 \pm 0,09^{***}$	$5,61 \pm 0,69^{***}$
AOC	SOD units / ml	$2,41 \pm 0,09$	$1,21 \pm 0,01^{***}$	$1,01 \pm 0,01^{***}$
	CT mmol / mg	$11,55 \pm 0,77$	$7,96 \pm 0,31^{***}$	$5,66 \pm 0,39^{***}$

Note: \* - the differences with respect to the data of the control group significant (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ ) (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

Analysis of new data on the pathogenesis of OSLT allows to conclude that a significant and lasting increase in the intensity of lipid peroxidation is an essential mechanism for the formation of OSLT reduces functional activity of lymphocytes, leads to the formation of immune deficiency and, as a consequence, to severe course of the disease. In the last years it was found that among the mechanisms of damage to the membranes at OSLT important is the state of lipid peroxidation (LPO), leading to the destruction of the phospholipid matrix membranes and further cell death.

To adequately evaluate the effectiveness of treatment, both groups were divided into two subgroups (1a, 1b, 2a, 2b). Children 1a and 2a were treated by generally accepted traditional methods, and the children subgroup 1b and 2b received complex therapy with immunomodulatory effects preparations. For Kids as a traditional therapy for relief of bronchospasm were used the following drugs: Dexamethasone, Salbutamol, fenoterol, ipratropium bromide + Fenoterol. In addition, for children with RSLT was used Epinephrine simultaneously with immunomodulatory drug Anaferon for children sublingually, under the scheme. All the drugs were used according to the respective dosages, the life and the body weight of the child. Combined therapy was as follows: on a background of conventional therapy was injected to patients via a nebulizer bacterial immunomodulator poly oksidony to directly impact on the mucosa of the larynx and the vocal cords and the stimulation of local immunity. Poly oksidoniya powder was dissolved in 5 ml of 0.9% saline solution of poly oksidoniya inhalation using a nebulizer for the first time was carried out for 5 minutes, and then every other day 7-8 min 5 sessions simultaneously introduced viferon candles 2 times a day 10 days rectally. A more pronounced increase of intensity of lipid peroxidation and inhibition of enzyme activity of AOP in membrane structures of cells observed in children in the subgroups in which to implement integrated treatment testifies to its effectiveness compared with traditional therapy. In the subgroup where was used complex therapy after treatment with MDA significantly decreased from a high degree of confidence ( $P < 0,001$ ). In 1a subgroup of patients with PSLT complex therapy MDA level decreased by 1.1 times, in the subgroup 1b - 1.6 times, 2a - 1.9 times, 1.44 times, 2b. Other parameters after treatment were significantly ( $P < 0,001$ ) are reduced in comparison with the subgroup of patients treated with CT, but have not reached the normal level (tabl. 2).

*Table 2. The activity of pro- and antioxidant system in the membranes of red blood cells in children with primary and recurrent laryngotracheitis before and after treatment*

Indicators	Terms	Control group (n=30)	Group 1 (n=122)		Group 2 (n=153)	
			Подгруппа 1а	Подгруппа 1б	Подгруппа 2а	Подгруппа 2б
MDA, nmol/L	Before	2,79±0,1	6,51±0,22** *	6,43±0,39** *	8,23±1,11** *	8,31±0,66** *
	After		5,80±0,34** *	4,03±0,22** *	4,13±0,26** *	5,74±0,31** *
DCU/ml	Before	1,4±0,02	3,27±0,09** *	3,23±0,16** *	5,61±0,69** *	5,65±0,34** *
	After		2,80±0,19** *	1,93±0,11** *	1,83±0,11** *	2,91±0,15** *
SOD units/ml	Before	2,4±0,09	1,21±0,01** *	1,25±0,05** *	1,01±0,01** *	1,08±0,04** *
	After		1,27±0,08***	1,96±0,09**	1,89±0,11**	1,36±0,08** *
CT mmol/mg	Before	11,5±0,08	7,96±0,31** *	7,88±0,47** *	5,66±0,39** *	5,71±0,46** *
	After		8,40±0,36** *	11,20±0,90	9,84±0,60	9,20±0,50*

Note: \* - the differences with respect to the data of the control group significant (\* -  $P < 0,05$ , \*\* -  $P < 0,01$ , \*\*\* -  $P < 0,001$ )

**Conclusion:** 1. In all subgroups of patients surveyed the general reaction to the process before the treatment was increase of the level of lipid peroxidation - high intensity CL and MDA level, the imbalance in the AOP - low activity of enzymes SOD, CT in erythrocyte membranes. 2. In the subgroups where complex therapy after treatment with MDA

significantly decreased from a high degree of confidence ( $P < 0,001$ ). Patients with PSLT complex therapy MDA level decreased in the subgroup 1a- 1.1 times, in the subgroup 1b-1.6 times, 2a - 1.9 times, 2b - 1.44 times. Other parameters after treatment were significantly ( $P < 0,001$ ) reduced in comparison with the subgroup of patients treated with CT, but did not reach the level of the norm.

### *References*

1. *Samieva G., Abdirashidova G., Kurbanov G.* Pathogenetic aspects of endogenous intoxication and its influence on the course of various forms of stenoticylaryngotracheitis in children. / European Sciences review, Scientific journal. № 9–10, 2018. September–October. Volume 2. Medical science.
2. *Samieva G.U.* State of microbial landscape of upper respiratory tract in children with acute stenosing laryngotracheitis //European Medical, Health and Pharmaceutical Journal, 2015. T. 8. № 1.
3. *Samieva G.U.* The influence of the endogenous intoxication on the state of immunological reactivity in children with acute stenosing laryngotracheitis // Europäische Fachhochschule, 2014. № 10. C. 36-37.
4. *Shamsiyev A., Davlatov S.* Differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. P. 80-83.
5. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.
6. *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. T. 76. № 3-4. C. 255.
7. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. T. 41. № 12. C. 3218-3223.
8. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. T. 36. № 8.
9. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children //Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. T. 9. № 1. C. 53-57.
10. *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. C. 249-252.
11. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
12. *Shamsiyev A., Davlatov S.* A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. C. 80-83.
13. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K.* Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2016. Т. 26. . 2.
14. *Shamsiyev A.M., Muhamadieva L.A.* Intrabronchial laser therapy in children with bronchoectatic disease and chronic bronchitis // Dostijeniya nauki I obrazovaniya, 2017. 52 p.

# КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С УРОВНЕМ МАГНИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Шодидулова Г.З.<sup>1</sup>, Бабамурадова З.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Шодидулова Гуландом Зикрияевна – заведующая кафедрой;

<sup>2</sup>Бабамурадова Заррина Бахтияровна – базовый докторант.

кафедра внутренних болезней № 3,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** целью данной работы является проведение сравнительного анализа показателей антител к коллагену I типа и их взаимосвязь с ионами  $Mg^{+2}$  у больных недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ). Обследовано 86 лиц в возрасте от 15 до 25 ( $19,9 \pm 1,42$ ) лет с фенотипическими признаками НДСТ. У больных на фоне НДСТ, по данным ЭхоКГ, были обнаружены пролапс митрального клапана (ПМК) с I и II степенью регургитации, малые аномалии сердца (МАС), у них отмечалось снижение уровня ионов  $Mg^{+2}$  и повышение титров аутоантител к коллагену I типа. Динамика изменения уровня аутоантител, а также магния в зависимости от тяжести клинического течения НДСТ может служить методом оценки прогрессирования патологического процесса и прогноза заболевания.

**Ключевые слова:** недифференцированная дисплазия соединительной ткани, аутоантитела к коллагену I типа, малые аномалии сердца.

**Актуальность.** В последние годы особый интерес вызывает проблема недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), что обусловлено увеличением численности пациентов с данной патологией [1,2] Одной из важных задач современной медицины является стремление к раннему выявлению заболеваний с тем, чтобы предпринять меры профилактики и препятствовать развитию осложнений.

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ) осложняющиеся сердечнососудистыми заболеваниями (ССЗ) является не только высокой медико-социальной значимостью, но и недостаточной осведомленностью практических врачей о патологическом значении НДСТ как фонового состояния при ССЗ. Частота выявлений НДСТ колеблется от 26 до 80%, у детей школьного возраста достигает 85%.

Структурные и функциональные «поломки» соединительной ткани (СТ) способны привести к стойким нарушениям в жизненно важных органах, что в клинической практике воплощается полиорганными заболеваниями у одного индивидуума. Висцеральные проявления НДСТ выражаются заболеваниями сердечнососудистой системы как малые аномалии сердца (МАС). Пролапс митрального клапана (ПМК) относится к малым аномалиям сердца, под которыми понимают доброкачественные аномалии, клиническая и прогностическая значимость которых до настоящего времени остается не до конца ясной [14]. ПМК характеризуются многообразием клинических проявлений (от доброкачественных субклинических форм до полиорганной и полисистемной патологии с прогрессирующим течением) [6, 18]. Нередко ПМК выявляется у детей дошкольного и школьного возраста при выполнении физических нагрузок [7]. Частота ПМК колеблется от 1,8% до 38% [6-11]. Среди причин формирования ПМК рассматриваются генетически гетерогенные аномалии формирования соединительной ткани и недифференцированные (не имеющие синдрома) формы с мультифакторными механизмами развития, проявления которых в отличие от синдромных форм не столь манифестантны - часто остаются без должного внимания. Важной особенностью нарушения клапанного аппарата сердца являются структурные перестройки элементов соединительной ткани,

экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ) волокон коллагена и эластина аморфного вещества глюкозаминогликанов (ГАГ) и глюкоуонидаз (ГН) [12-17]. В последнее десятилетие особое внимание исследователей обращено на важность регуляции фибриллярных белков ЭЦМ – ионами магния ( $Mg^{+2}$ ) и аутоантител к коллагену I типа [25-31]. Снижение магния  $Mg^{+2}$  - ведет к повреждению эндотелия, нарушению пространственной организации коллагена, в частности I типа, так же эластина, ответственной за формирование компонентов ЭЦМ, а также ферментов принимающих участие в процессе фибриллогенеза [18-24]. Низкие концентрации  $Mg^{+2}$  влияют на деятельность сердечно - сосудистой системы, диспластические нарушения клапанного аппарата сердца, увеличение глубины пролабирования митрального клапана, степени митральной регургитации, размер левого предсердия и частоты миксоматозной регенерации пролабирующих створок митрального клапана, аритмии сердца [28-31].

Высокая информативность аутоантител к коллагену заключается в возможности оценки его метаболизма, в определении выраженности аутоиммунных процессов к белкам внеклеточного матрикса. Выявление у пациентов с НДСТ повышенных уровней аутоантител к коллагену наряду с активным антителообразованием к тканям внутренних органов подтверждает тесную связь с концентрацией магния при дисплазии соединительной ткани. Так как, коллаген является основным белком в тканях кожи, ногтей, волос, сухожилий и суставов, в свою очередь Магний является важным минералом для синтеза белков, то есть коллагена в организме, в нервно-мышечной системы и костной ткани.

**Цель исследования.** Проведение сравнительного анализа показателей уровня аутоантител к коллагену I типа и их взаимосвязь с ионами  $Mg^{+2}$  у больных с НДСТ.

**Материал и методы.** В популяционное обследование включено 86 лиц, в том числе 36 (41,9%) мужского и 50 (58,1%) женского пола в возрасте от 15 до 25 ( $19,9 \pm 1,42$ ) лет с фенотипическими признаками НДСТ. В группу (гр) обследования включены 41 (47,7%) пациентов с костно-скелетными изменениями (деформацией грудной клетки, сколиозом, плоскостопием), 16 мужчин и 25 женщин – I гр и 45 (52,3%) пациентов, в том числе 20 мужчин и 25 женщин с МАС (ПМК I и II степенью регургитации, аномально расположенные хорды) – II гр. Контрольную группу составили 20 условно здоровых лиц сопоставимого возраста  $18,9 \pm 1,56$  лет, без признаков нарушения ЭхоКГ и давшие добровольное устное согласие на проведение обследования. У всех обследованных утром натощак их локтевой вены брали кровь, для выделения сыворотки крови и определения: ионов  $Mg^{+2}$  в моль/л (на атомно-абсорбционном спектрофлуориметре марки AF 610 – А, LTD Китай); определение титров аутоантител к коллагену I типа в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа с помощью наборов «Имтек» (Россия) в соответствии с прилагаемыми инструкциями. Полученные результаты обрабатывали статически, использованием баз данных компьютерной программы Microsoft office Excel 2007, пакета программ Biostat. Достоверным считали различия  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Как показали проведенные исследования, в крови больных с НДСТ отмечалось повышение ионов магния и титров аутоантител к коллагену I типа. С увеличением прогрессирования заболевания экспрессия ионов магния и титров антител увеличивается, по сравнению с данными в контроле (табл.).

Таблица 1. Уровень аутоантител к коллагену I типа в плазме крови пациентов с НДСТ при учете костно-скелетных внешних фенов

Группы обследуемых	Уровень $Mg^{+2}$ , моль/л	Уровень аутоантител к коллагену I типа, мкг/мл
С Воронкообразной деформацией грудной клетки (ВДГК) (n = 10)	0,73±0,026	5,6±0,7*
Со сколиозом (n = 9)	0,71±0,026	5,9±0,3*
С плоскостопием (n = 11)	0,81±0,026	5,2±0,6*
С синдромом гипермобильности суставов (n = 8)	0,78±0,026	5,4±0,4*
Без ВДГК, сколиоза, плоскостопия, гипермобильности суставов (n = 3)	0,82±0,026	4,8±0,8
Контроль (n = 20)	0,92±0,026	3,2±0,3

**Примечание:** \* –  $p < 0,05$  в сравнении с контролем.

Таблица 2. Уровень аутоантител к коллагену I типа в плазме крови пациентов с НДСТ при учете различных вариантах внутрисердечных микроаномалий

Группы обследуемых	Уровень $Mg^{+2}$ , моль/л	Уровень аутоантител к коллагену I типа, мкг/мл
Аномально расположенная хорда (АРХ) (n=6)	0,71±0,026	5,8±0,8
ПМК I степени (n=16)	0,75±0,026	4,6±0,5
ПМК I степени + АРХ (n=6)	0,78±0,026	6,5±0,4*
ПМК II степени + АРХ (n=9)	0,79±0,026	6,9±1,1*
С миксоматозной дегенерацией ПМК (n=5)	0,80±0,026	4,8±0,5*
Без миксоматозной дегенерацией ПМК (n=3)	0,85±0,026	5,6±0,5*
Контроль (n=20)	0,91±0,026	3,2±0,3

**Примечание:** \* –  $p < 0,05$  в сравнении с контролем

Таблица 3. Содержание ионов  $Mg^{+2}$ , титров антител к коллагену I типа в сыворотке крови больных НДСТ по сравнению 2х групп и контрольной группы

Группа	$Mg^{+2}$ , моль/л	Аутоантитела к коллагену I типа, мкм/л
1-я гр(n=41)	0,83±0,026	5,2±0,6*
2-я гр(n=45)	$\wedge$ 0,76±0,021	6,5±0,4*
Контрольная группа(n=20)	0,91±0,051	3,2±0,3

\* -  $p < 0,05$  по сравнению с контролем;  $\wedge$  -  $p < 0,05$  по сравнению с 1 группой.

Одновременно, у больных с деформацией ГК, плоскостопием отмечается снижение в крови ионов  $Mg^{+2}$ , который у больных 1гр был ниже данных в контроле – на 8% ( $p > 0,05$ ), во 2гр, то есть с МАС - на 16,5% ( $p < 0,05$ ). Следовательно, у больных ПМК с I и II степенью регургитации отмечается снижение уровня ионов  $Mg^{+2}$  и аутоантител которое одновременно проявляется нарушением процессов коллагенообразования, которые выходят в кровеносное русло. Снижение уровня магния и повышение в крови аутоантител вызывают нарушение гомеостатических механизмов. Дисплазия соединительной ткани, как известно, часто ассоциируется с

расстройствами гомеостаза на тканевом и органном уровнях. В этом аспекте снижение магния и повышение уровней аутоантител к коллагену I типа при НДСТ не только характеризует интерстициальные коллагены как преимущественно вовлеченные в процесс формирования диспластических изменений опорно-двигательного аппарата и сердца, но и свидетельствует о «напряженности» аутоиммунитета – процесса, пограничного между нормальным самораспознаванием и аутоиммунной патологией.

**Выводы.** Таким образом, можно полагать, что причиной прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений у больных с НДСТ является снижение ионов магния и активация аутоантител к коллагену I типа, который в свою очередь приводит к ухудшению состояния здоровья и снижению трудоспособности населения. Динамика изменения экспрессии магния, повышение титров антител к коллагену у больных НДСТ может служить методом оценки прогрессирования патологического процесса и прогноза сердечно-сосудистых осложнений.

### *Список литературы*

1. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
2. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.
3. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1.
4. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
5. *Иргашева У.З., Ишанкулова Н.Н., Тоиров Э.С.* Значение клиникоинструментальных методов исследования при диагностике поражений сердца у больных ревматоидным артритом // Тюменский медицинский журнал, 2012. № 2.
6. *Иргашева У.З., Тоиров Э.С., Ахмедов И.А.* Электрокардиографические изменения у больных артериальной гипертонией женщин перименопаузального возраста // Академический журнал Западной Сибири, 2012. № 1. С. 10-10.
7. *Тоиров Э.С., Иманкулова Д.А., Абдушукурова К.Р.* Особенности клиники ревматоидного артрита у лиц старше 60 лет // Медицинские науки, 2010. № 1. С. 69-73.
8. *Шодикулова Г.З.* Маркеры функции эндотелия и антиоксидантной системы в оценке недифференцированной дисплазии соединительной ткани у больных с врожденным пороком митрального клапана // Врач-аспирант, 2012. Т. 54. № 5.1. С. 217-223.
9. *Шодикулова Г.З., Таишкенбаева Э.Н.* Состояние функции эндотелия и протективный эффект ионов магния (Mg<sup>2+</sup>) у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани с врожденным пролапсом митрального клапана // Вісник проблем біології і медицини, 2012. Т. 2. № 2.
10. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.
11. *Юсупов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.

12. Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М. Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино, 2001.
13. Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж. Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
14. Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
15. Шамсиев Ж.А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени / /European science, 2017. № 7 (29).
16. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р. Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // Колопроктология, 2017. № 3S. С. 49а-50.
17. Шамсиев Р.А. Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
18. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба / /Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
19. Shodikulova G.Z., Toirov E.S., Babamuradova Z.B. Clinical biochemical features in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia //European science review, 2016. № 1. С. 129-131.
20. Shodikulova G.Z. Special features of clinical and functional disorders in patients with undifferentiated connective tissue dysplasia // European science review, 2017. № 3-4. С. 72-74.
21. Shodikulova G.Z. Value of matrix metalloproteinases and their tissue inhibitors in the diagnosis of undifferentiated connective tissue dysplasia // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 111-116.
22. Toirov E.S. et al. Borderline nervous mental disorders in patients with chronic joint diseases // Klinicheskaia meditsina, 2002. Т. 80. № 8. С. 33-36.
23. Toirov E.S., Imamov A.K. Peculiarities of therapy of neurotic disorders in patients with rheumatoid arthritis // Klinicheskaia meditsina, 2010. Т. 88. № 1. С. 49-53.
24. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.
25. 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.
26. Minaev S.V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
27. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
28. Slepov V.P. et al. Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaia khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
29. Zayniev S.S. Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
30. Shamsiev A.M., Zayniev S.S. Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
31. Shamsiyev A., Davlatov S. A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis //I nternational Journal of Medical and Health Research, 2017. С. 80-83.

# ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Гарифулина Л.М.<sup>1</sup>, Ашурова М.Д.<sup>2</sup>, Тураева Д.Х.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Гарифулина Лиля Маратовна - доцент, заведующая кафедрой;

<sup>2</sup>Ашурова Максуда Джамшиедовна - ассистент;

<sup>3</sup>Тураева Дилафруз Холмурадовна - ассистент,  
кафедра педиатрии, лечебный факультет,

Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** обследовано 34 ребенка с ожирением и избыточной массой тела, выявлено, что качество жизни детей, страдающих ожирением, статистически значительно ниже, чем их здоровых сверстников, а особенности питания и физического развития свидетельствовали об ускоренном темпе роста и погрешностях в вскармливании.

**Ключевые слова:** дети, ожирение, питание, качество жизни, физическое развитие.

**Актуальность проблемы.** В настоящее время проблема качества жизни пациентов, особенно детского и подросткового возраста страдающих избыточным весом и ожирением, является очень актуальной, а также социально значимой [19-22]. В последние десятилетия глобализация общества способствует росту избыточного веса и ожирения среди детей и подростков, следует отметить, что данная проблема является не только медицинской, но и социальной проблемой [16-18].

В настоящее время актуальность и социальная значимость исследований качества жизни и характера питания детей и подростков с ожирением постоянно повышается в силу растущей распространенности ожирения и понимания его влияния на продолжительность жизни, риск развития других хронических заболеваний и состояний во взрослом периоде жизни [1-4].

В последние годы особую связь с развитием ожирения и избыточной массой тела имеет характер питания и метаболизм ребенка в первые 1000 дней жизни, т.е. у него проявляются механизмы перинатального метаболического программирования ребенка [5-9].

Помимо факторов риска важно определение состояния детей с ожирением, а именно оценка качества жизни при ожирении у детей и подростков позволяет полно и объективно оценить состояние здоровья ребенка, четко представить имеющиеся клинические проблемы, выбрать наиболее лучший подход к лечению, контролировать эффективность терапии [10-15].

В связи с выше указанным **целью настоящей работы** явилось: изучение особенностей характера питания и оценка качества жизни у детей и подростков с ожирением.

**Материалы и методы:** при диспансерных осмотрах в семейных поликлиниках г. Самарканда коллежах г. Самарканда и Самаркандской области были выявлены 34 ребенка с ожирением, из них 15 девочек и 19 мальчиков в возрасте от 14 до 17 лет. Данный выборка больных послужила материалом для нашего исследования. Критерием отбора больных послужило определение ИМТ у детей и подростков с выявленным избыточным весом и/или ожирением, которое сравнивалось с перцентильными диаграммами разработанными ВОЗ для детей от 5 до 19 лет (WHO Growth Reference, 2007). Также был определен, ОТ, который сравнивался с перцентильными таблицами для определенного возраста и пола согласно рекомендациям ВНОК (2009), и отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ). Ожирение диагностировалось при индексе массы тела в пределах (SDS от +2,0 до  $\geq +3$ ) и составило в среднем  $34,18 \pm 0,58$  кг/м<sup>2</sup>. Группу контроля составили 30

практически здоровых детей без ожирения, сопоставимых с обследуемыми по полу и возрасту. Данный контингент был отобран в городских семейных поликлиниках г. Самарканда. Все дети были отнесены к I группе здоровья. Среднее значение ИМТ в группе сравнения находилось в пределах SDS от -1,0 до +1,0 и составило  $19,13 \pm 0,39$  кг/м<sup>2</sup>, при разбросе значений от 17,8 до 21,3 кг/м<sup>2</sup>. Разница в значении ИМТ с группой наблюдения достоверна ( $P < 0,001$ ). Нами использовался опросник по качеству жизни для детей в возрасте от 8 до 12 и от 13 до 18 лет PedsQL 4.0 Pediatric Quality of Life Questionnaire (2001) и применялся Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) для определения ведущего типа пищевого поведения. На основании изучения амбулаторных карт детей (Ф 112/у), нами проводилась ретроспективная оценка особенностей физического развития детей в различные возрастные периоды.

**Результаты исследования:** В первую очередь нам представило интерес изучить физическое развитие групп исследования в различные периоды жизни, были выявлены следующие особенности: вес при рождении у детей. I группы и группы сравнения практически не различался -  $3185 \pm 321,3$  г и  $3289 \pm 363,1$  г соответственно, тогда как во II группе у 20% детей отмечался низкий вес при рождении -  $2130 \pm 314,18$  г, а у остальных новорожденных был существенно выше ( $4529 \pm 329,3$  г) по сравнению с детьми других исследуемых групп. При оценке физического развития в первые два года жизни выявлено, что в группе детей с ожирением в 25% случаев имел место дефицит массы тела I степени (11,1% в I группе). При оценке физического развития детей на первом году жизни выявлена значительная разница темпов прибавки массы тела у детей наблюдаемых групп в первую очередь в возрасте 4-6 мес. (т.е. время введения прикормов и коровьего молока), а также в 8-10 мес., что можно связать с введением новых продуктов питания и разнообразием рациона. В первые два года жизни число детей с избыточным весом в исследуемых группах было незначительным и встречалось с почти с одинаковой частотой - 16,6% и 12,5%. В последующие возрастные периоды для детей с ожирением характерна более быстрая и ранняя прибавка массы тела (в среднем на 3 года раньше) - в  $6,8 \pm 1,18$  года, тогда как у детей с избыточной массой тела - в возрасте  $9,74 \pm 1,43$  лет ( $p < 0,001$ ). Темпы роста у детей с избытком массы тела и ожирением существенно не отличались и соответствовали средним показателям (25-75% центильный интервал). Были выявлены следующие особенности, касающиеся продолжительности грудного вскармливания и времени введения коровьего молока у детей с метаболическими нарушениями. Дети исследуемых групп были приложены к груди позднее, чем дети группы сравнения в среднем 1 сутки, что положительно коррелировало с осложненным течением интранатального периода ( $r = 0,603$ ,  $p < 0,05$ ). К другим характерным особенностям можно отнести раннее начало искусственного вскармливания - с 4 мес. у детей с ожирением и с 6 мес. у детей с избытком массы тела, введение в рацион питания коровьего молока. Нами выявлена положительная корреляционная связь между небольшой продолжительностью грудного вскармливания и развитием ожирения ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,05$ ).

При применении опросника по определению качества жизни выявлено, что сумма баллов качества жизни у детей с ожирением было статистически достоверно ниже как по сравнению с детьми контрольной группы так и по сравнению с детьми с избыточной массой тела. При оценке «Физическое функционирование» сумма баллов составила  $69,3 \pm 1,32$  (в контроле  $84,4 \pm 1,09$ , в первой группе  $75,3 \pm 1,15$ ), т.е. состояние физических функций у детей, страдающих ожирением, было ниже, чем у их здоровых сверстников. Так подростки с ожирением отмечали, что быстро устают при физической нагрузке, у них часто наблюдается одышка, боли в мышцах, они хуже выполняют или не могут выполнить физические упражнения, реже участвуют или не участвуют в спортивных играх. Показатели эмоционального функционирования были низкими в обеих группах обследованных, достоверных различий между группами не

выявлено. Показатели же социального функционирования были значительно ниже в группе подростков с ожирением ( $67,1 \pm 2,1$  по сравнению со здоровыми  $88,3 \pm 1,95$  и детьми с избыточной массой тела  $81,0 \pm 1,66$ ). Умственное функционирование и психосоциального-здоровья были несколько сниженными в группе с ожирением ( $77,4 \pm 1,2$  и  $69,6 \pm 0,9$  соответственно) по сравнению с контролем ( $82,3 \pm 1,6$  и  $73,6 \pm 1,2$  соответственно и  $80,1 \pm 1,5$  и  $71,6 \pm 1,2$  в группе с избыточной массой тела). Нами также проведено соотношение показателей качества жизни юношей и девушек с ожирением. Девушки с ожирением, по сравнению с юношами, ниже оценивали все показатели качества жизни. При этом, самые значимые статистически достоверные различия получены по эмоциональному функционированию ( $p < 0,05$ ). По-видимому, девочки острее воспринимают дефекты внешности, связанные с избыточным весом. При выявлении ведущего типа пищевого поведения (тест DEBQ) было показано, что у детей с избытком массы тела значимо чаще выявлялся эмоциогенный тип, который характеризуется как гиперфагическая реакция на стрессовую ситуацию (77,8%), тогда как у детей с ожирением преобладал экстремальный тип поведения характеристикой которого является прием пищи независимо от чувства голода. (87,5%).

По результатам анкетных данных была проведена оценка пищевых предпочтений и особенностей пищевого поведения подростков. Получены данные, что половина детей 1 и 2 групп (55,5% и 62,5%), считает, что «правильное питание» это преобладание в питании большого количества овощей и фруктов. Одна треть (33,3%) и одна четвертая (25%) детей считала, что «правильное питание» - это употребление в пищу полезных продуктов, но не смогли уточнить каких именно. Остальные дети затруднились дать ответ.

Особенности физической нагрузки с учетом характера свободного время проведения в исследуемых группах детей характеризовались следующим образом: дети с ожирением статистически чаще предпочитали проводить свободное время за просмотром теле- и видеофильмов и за компьютером (100% во 2 группе и 77,8% в группе сравнения, 50% в контроле;  $< 0,02$  и  $< 0,001$ ). Это составило в среднем  $5,6 \pm 1,1$  часа в день против  $3,3 \pm 0,9$  часа в день в группе детей с избытком массы тела и  $2,3 \pm 0,44$  часа в день в группе контроля.

Таким образом, качество жизни у детей с ожирением по всем показателям хуже по сравнению с качеством жизни детей с избыточной массой тела и достоверно хуже, чем у их здоровых сверстников с нормальной массой тела, что способствует формированию психоэмоциональным особенностям детей, развитие у них низкой самооценки, негативного отношения к своей личности, с последующим развитием тревоги и депрессии.

**Выводы:** установлено, что качество жизни детей, страдающих ожирением, статистически значимо ниже, чем их здоровых сверстников. У девочек эмоциональное функционирование снижено больше, чем у мальчиков. Ухудшение качества жизни у пациентов с ожирением неминуемо приводит к снижению фона настроения и самооценки. Психологические проблемы способствуют ухудшению пищевого поведения детей с ожирением. Выявление психо-эмоциональных нарушений и соответствующая психологическая установка помогут пациенту справиться с его внутренними проблемами, будут способствовать усилению установки для сохранения здорового образа жизни.

#### **Список литературы**

1. Ахмедов М.Ж., Шавази Н.М., Лим В.И. Состояние метаболических процессов у детей грудного возраста при пневмониях, осложненных нейротоксическим синдромом // Аллергология и иммунология, 2007. Т. 8. № 1. С. 326-326.
2. Ахмеджанова Н.И., Ибатова Ш.М., Ахмеджанов И.А. Новые методы диагностики и лечения хронического пиелонефрита у детей //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2017. № 4. С. 92-95.

3. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
4. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.
5. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1.
6. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
7. *Шамсиев А.М. и др.* Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени // Проблемы современной науки и образования, 2017. № 37 (119).
8. *Шамсиев А.М., Раббимова Д.Т., Шамсиев Ж.А.* Дифференцированный подход к реабилитации младенцев, перенесших сепсис // Детская хирургия, 2018. Т. 22. № 5. С. 269-271.
9. *Шамсиев А.М. и др.* Значение ультразвуковой сонографии при диагностике аппендикулярных перитонитов у детей // Современные инновации: актуальные направления научных исследований 2017. С. 50-54.
10. *Шамсиев А.М., Мухамадиева Л.А.* Современные подходы лечения детей с деформирующим эндобронхитом // Вестник Хакасского государственного университета им. НФ Катанова, 2015. № 12. С. 112-113.
11. *Юсупов Ш.А.* Диагностика внутрибрюшных абсцессов в раннем послеоперационном периоде при аппендикулярных перитонитах у детей // Вестник Уральской медицинской академической науки, 2009. № 3. С. 36-39.
12. *Шавази Н.М. и др.* Возможности небулайзерной терапии бронхообструктивного синдрома у детей // Вестник врача. С. 35.
13. *Рустамов М.Р., Гарифулина Л.М.* Показатели сердечно-сосудистой системы у детей и подростков на фоне ожирения и артериальной гипертензии // Вопросы науки и образования, 2019. № 6 (52).
14. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // European science, 2017. № 7 (29).
15. *Шамсиев А.М. и др.* Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени // Проблемы современной науки и образования, 2017. № 37 (119).
16. *Шамсиев А.М. и др.* Лечение детей с хроническим бронхитом // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2015. № 4. С. 69-71.
17. *Azamat S., Zafarjon K., Salim D.* Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity // European science review, 2016. № 3-4.
18. *Davlatov S.S. et al.* Non-tension hernia plastic with inguinal hernia // Проблемы современной науки и образования, 2017. № 24. С. 58-62.
19. *Mukhitdinovich S.A., Sulaymonovich D.S., Afanasyevna K.S.* Modern state of problem of postoperative ventral hernias surgical treatment (literature review) // Voprosy nauki i obrazovaniya, 2017. №.11 (12).
20. *Salim D., Sarvinov A.* Hernioabdominoplastics of postoperative ventral hernia in patients with obesity // International scientific review, 2016. № 11 (21).
21. *Shamsiyev A., Kurbaniyazov Z., Davlatov S.* Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity // European science review, 2016. № 3-4. С. 232-234.
22. *Shamsiev A.M., Davlatov S.S.* Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением // Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука, 2016. № 1.

# ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХОБЛ

Агабабян И.Р.<sup>1</sup>, Исмаилов Ж.А.<sup>2</sup>, Турдибеков Х.И.<sup>3</sup>, Шодиева Г.Р.<sup>4</sup>, Рузиева А.А.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Агабабян Ирина Рубеновна – доцент;

<sup>2</sup>Исмаилов Жамшид Абдураимович – ассистент;

<sup>3</sup>Турдибеков Хусан Ибрагимович – ассистент;

<sup>4</sup>Шодиева Гулзода Рабимкуловна – ассистент;

<sup>5</sup>Рузиева Амира Асроровна – ассистент,

кафедра внутренних болезней, педиатрический факультет,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – самостоятельная нозологическая форма, представляющая заболевание, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, связанное с патологическим воспалительным процессом в легких. При ХОБЛ этот процесс необратимый, постоянно прогрессирующий и приводящий к тяжелым осложнениям и со стороны сердечно-сосудистой системы.

**Ключевые слова:** ХОБЛ, ИБС, хроническое легочное сердце, аритмия, метаболический синдром, артериальная гипертензия.

**Актуальность.** ХОБЛ среди причин смерти занимает 4 место. По данным ВОЗ, к 2030 г ХОБЛ станет третьей по значимости причиной смерти в мире. В настоящее время около 3 млн смертей связано ежегодно с ХОБЛ [15]. Курение и метаболический синдром являются главной причиной возникновения ХОБЛ и одним из главных факторов риска развития различных кардиологических заболеваний, в частности ИБС и гипертонической болезни. Уже на этапе формирования этих заболеваний встречаются общие патогенетические механизмы. Если мы имеем патологию со стороны легких, то возникает и патология сердца. Если же имеется патология со стороны сердечно-сосудистой системы, то могут возникать хроническое легочное сердце, различные нарушения ритма, тромбоэмболии легочной артерии [18-23].

Международное исследование, где анализировалось около 6 тыс. больных ХОБЛ средней степени тяжести, показало, что в течение 5 лет доля сердечно-сосудистых событий у больных этой группы в общей структуре летальности занимает 25%. [24-31] Среди причин первой госпитализации больного ХОБЛ 42% – кардиальные причины, повторной – 48%. При снижении ОФВ<sub>1</sub> на 10% риск развития сердечно-сосудистой летальности возрастал почти на 28%. Это означает, что снижение ОФВ<sub>1</sub> – один из критериев прогноза дальнейшего состояния сердечно-сосудистых осложнений. Уровень С-реактивного белка, общего холестерина, липопротеидов и их фракций, а также показатели функции внешнего дыхания являются независимыми предикторами миокардиального поражения. [31-34] Все это показывает, какую взаимосвязь имеет ХОБЛ и сердечно-сосудистая патология. Основными осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы при ХОБЛ является артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца, ИБС, формирование безболевого ишемии миокарда и хронического легочного сердца. Когда существуют два патологических состояния, они утяжеляют течение друг друга. Имеются и определенные трудности диагностики – так называемые кардиологические маски при ХОБЛ, а у больного с кардиальной патологией могут возникать бронхиальные и бронхообструктивные маски [7-10].

В настоящее время особое внимание уделяется изучению факторам риска ХОБЛ, среди которых особое место занимают запыленность городов, производственная пыль, возраст, табакокурение, респираторные инфекции, частые их обострения, утяжеляющие течение обструктивной болезни легких. Так, с табакокурением связывают не только появление патологических процессов в легких, но и развитие системных воспалительных реакций, окислительный стресс, дисфункцию эндотелия сосудов, возрастание активности прокоагулянтных факторов, аплификацию онкогенов и другие системные эффекты [1-7].

Относительно мало изученным является связь между респираторной недостаточностью, развивающейся у больных ХОБЛ, с одной стороны, и с другой – дисфункцией левого желудочка и возникновению желудочковых аритмий. В исследованиях Incalzi RA, R Pistelli et al. у больных ХОБЛ проводилась связь между функцией левого желудочка и сердечными аритмиями. Желудочковая аритмия мониторировалась в течение 24 часов, исследование повторялось по мере того, как происходило улучшение клинических проявлений дыхательной недостаточности. Диастолическая дисфункция левого желудочка является одним из факторов, способствующих развитию желудочковых аритмий. Авторы нашли прямую зависимость между выраженностью проявлений дыхательной недостаточности и диастолической дисфункцией левого желудочка, в то время как показатели газов крови, клиническая картина не коррелируют с аритмическими эпизодами. В клинической практике рекомендуется проводить более детальную диагностическую оценку возникшим эпизодам желудочковых аритмий, возникших на фоне диастолической дисфункции левого желудочка, так как за этими проявлениями может быть скрытая ишемия миокарда, безболевые формы стенокардии и перегрузка правого желудочка при формировании легочного сердца [1-12].

Необходимо отметить, что при развитии аритмии также всегда происходит ухудшение клинических проявлений респираторной недостаточности, т. е. формируется синдром взаимногоотягощения. Так, предсердная тахикардия, основным морфологическим признаком которой являются дискретность зубца «Р» в отведениях I, II, III с различными интервалами P-P, P-R, R-R, ассоциируется, в значительной степени, с развитием дыхательной недостаточности, причем с ее возникновением связывают функциональные изменения в работе сердечной мышцы. Прогноз течения ХОБЛ при появлении этого типа сердечной аритмии принято считать неблагоприятным [10-12]. Эпидемиологических исследований по вопросу аритмий у больных ХОБЛ явно недостаточно – остается много нерешенных вопросов, в частности, роль вторичной легочной гипертензии практически не изучена [14,17]. К таким же малоизученным вопросам относится и роль лекарственных препаратов, назначаемых кардиологическим больным с целью контроля артериального давления, ритма сердечных сокращений,  $\beta$ -блокаторов. Не менее значимыми среди прочих экстрапульмональных системных эффектов ХОБЛ являются потеря веса, нарушение питания, дисфункция, гипотрофия и атрофия скелетной мускулатуры, психическое состояние т. е. клинический синдром вторичной трофологической недостаточности. Интерес исследователей к данной проблеме у пациентов терапевтического профиля, в том числе при ХОБЛ, связан с тем, что трофологический статус является совокупным показателем, отражающим процессы различных звеньев метаболизма внутри всей трофической цепи, обеспечивающей устойчивый гомеостаз [15,16].

Наличие вторичной иммунологической недостаточности у больных, страдающих хроническими обструктивными заболеваниями легких, общеизвестно. Нарушение дифференцировки высокоорганизованных тканей, в том числе иммунной системы, вследствие тканевой гипоксии у больных с бронхообструктивным синдромом может приводить как к недостатку противомикробного иммунитета, так и к прорыву иммунологической

толерантности. Появились данные о четкой связи между снижением сократительной способности миокарда и выраженностью аутосенсibilизации. При обострении воспалительного процесса в легких у больных определяется сенсibilизация к сердечному антигену. У больных со сниженной сократительной способностью миокарда сенсibilизация к сердечному антигену сохраняется и в период ремиссии хронических обструктивных заболеваний легких, что свидетельствует о включении аутоиммунных механизмов в развитие поражений миокарда при них. Аутоиммунное повреждение миокарда неизбежно изменяет его биоэлектрические свойства, способствуя формированию нарушений ритма в работе сердца [18,19].

Таким образом, изучение клинических особенностей функционального состояния сердечно – сосудистой системы у больных ХОБЛ в зависимости от стадии заболевания, отсюда степень выраженности правожелудочковой недостаточности, а в дальнейшем и левожелудочковой недостаточности, частота аритмий, формирование хронического легочного сердца, изменения дисбаланса свертывающей системы крови, микроциркуляции имеют большое значение в дальнейшем изучении этой важнейшей проблемы.

### **Список литературы**

1. *Агабабян И.Р.* Влияние каптоприла на течение хронической сердечной недостаточности //World science: problems and innovations, 2017. С. 180-182.
2. *Агабабян И.Р., Адиллов А.С.* Антагонисты кальция в лечении хронической сердечной недостаточности // Вестник врача. С. 12.
3. *Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И.* Основные факторы развития артериальной гипертонии и ожирения у неорганизованного населения самаркандской области // International medical scientific journal, 2015. С. 30.
4. *Аралов Н.Р. и др.* HLA-ассоциированная предрасположенность к бронхиальной астме // Аллергология и иммунология, 2006. Т. 7. № 3. С. 308а-308.
5. *Аралов Н.Р.* К Вопросу о возможности прогнозирования угрозы развития и характера течения бронхиальной астмы у табакочудов аридной зоны // Иммунология, 2003. Т. 24. № 5. С. 296-296.
6. *Аралов Н.Р., Зиядуллаев Ш.Х.* Иммуный статус подростков больных бронхиальной астмой, проживающих в табакочудческом районе // Тюменский медицинский журнал, 2011. № 2.
7. *Ахмедов Ф.Р., Зиядуллаев Ш.Х., Душанова Г.А. & Аралов Н.Р., 2016.* Перипартальная кардиомиопатия (случай из практики). Трансляционная медицина, 3 (3), 109-111.
8. *Давидян А.А., Аралов Н.Р.* Влияние производства табака на иммуный статус подростков //Журн. теорет. и клин. Медицины, 2005. № 4. С. 85.
9. *Давидян А.А., Аралов Н.Р.* Влияние производства табака на иммуный статус подростков //Журн. теорет. и клин. Медицины, 2005. № 4. С. 85.
10. *Зиядуллаев Ш.Х., Аралов Н.Р., Исмаилов Ж.А., Рахимов М.М. & Юлдашев С.Ж., 2017.* Роль некоторых регуляторных цитокинов в иммунопатогенезе экзогенных аллергических альвеолитов. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. (1). 38.
11. *Зиядуллаев Ш.Х., Фазилова Г.Ф., Холлиев Р.Х., Бердиев А.С. & Исмаилов Ж.А., 2015.* Иммуномодулирующая терапия в лечении и профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких. Академический журнал Западной Сибири. 11 (1). 13-14.
12. *Иргашева У.З., Тоиров Э.С., Ахмедов И.А.* Электрокардиографические изменения у больных артериальной гипертонией женщин перименопаузального возраста // Академический журнал Западной Сибири, 2012. № 1. С. 10.

13. *Ишанкулова Д.К., Тошназаров Ш.М., Низомов Б.У., Исломов А.Н. & Жумаева З.Н., 2019. Эффективность комбинированного применения нитратов в лечении хронической сердечной недостаточности. Научные исследования, (2 (28)).*
14. *Тоиров Э.С. и др. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с хроническими заболеваниями суставов // Клиническая медицина, 2002. Т. 80. № 8. С. 33-6.*
15. *Тоиров Э.С. Невротические проявления при ревматоидном артрите // Академический журнал Западной Сибири, 2012. № 6. С. 56-56.*
16. *Тоиров Э.С., Иمامов А.Х. Особенности лечения невротических нарушений у больных ревматоидным артритом // Клиническая медицина, 2010. Т. 88. № 1. С. 49.*
17. *Тоиров Э.С., Иمامов А.Х. Терапия невротических нарушений у больных ревматоидным артритом // Таврический журнал психиатрии, 2009. Т. 13. № 4. С. 60-65.*
18. *Тошназаров Ш.М. и др. Эффективность дигитализации-дигоксином у больных с хронической сердечной недостаточностью // Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования, 2019. С. 175-177.*
19. *Тошназаров Ш.М. и др. Эффективность комбинированного применения ингибиторов АПФ в лечении хронической сердечной недостаточности // Вопросы науки и образования, 2019. № 6 (52).*
20. *Хамраева Н.А., Тоиров Э.С. Оценка эффективности "пульс терапии" у больных с системной красной волчанкой // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2015. № 12. С. 103-106.*
21. *Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н., Маджидова Г.Т., Хайдарова Д.Д., 2018. Предикторы неблагоприятного прогноза с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST в условиях экстренной медицинской помощи. Материалы IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана, 278.*
22. *Холжигитова М.Б., Аралов Н.Р. Изучение уровня продукции IL-8 в бронхоальвеолярном лаваже у больных хроническом обструктивным бронхитом в подростковом возрасте // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 10-10.*
23. *Холжигитова М.Б., Аралов Н.Р., Давидьян А.А., Юлдашева Д.А., Закиряева П.О., 2013. Клиническая взаимосвязь IL1 $\beta$  при хроническом обструктивном бронхите у подростков. Академический журнал Западной Сибири, 9 (3). 18-19.*
24. *Fazilova G., Gaffurova M., Ismailov J. & Aralov N., 2018. The role of certain regulatory cytokines in the immunopathogenesis of extrinsic allergic alveolitis.*
25. *Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.*
26. *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.*
27. *Minaev S.V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.*
28. *Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.*
29. *Slepov V.P. et al. Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaja khirurgija, 1981. № 6. С. 78.*
30. *Zayniev S.S. Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.*
31. *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.*

32. Shamsiev A.M., Zayniev S.S. Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
33. Shamsiyev A., Davlatov S.A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis //International Journal of Medical and Health Research, 2017. С. 80-83.
34. Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K. Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей //Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2016. Т. 26. № 2.

---

## МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Агабабян И.Р.<sup>1</sup>, Джаббарова Н.М.<sup>2</sup>, Рофеев М.Ш.<sup>3</sup>, Назарова З.Ш.<sup>4</sup>, Пулатова К.С.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Агабабян Ирина Рубеновна – доцент;

<sup>2</sup>Джаббарова Нафиса Мамасолиевна – ассистент;

<sup>3</sup>Рофеев Мумин Шамсиевич – ассистент;

<sup>4</sup>Назарова Зухра Шариповна – ассистент;

<sup>5</sup>Пулатова Кристина Самвеловна – резидент магистратуры, кафедра терапии и общей практики, факультет последипломного образования, Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** *метаболический синдром (МС) представляет собой чрезвычайно актуальную проблему современной медицины и в силу высокой распространенности, и в силу значимого влияния его компонентов на риск развития сердечно–сосудистых осложнений. На сегодняшний день артериальная гипертония (АГ) многими авторами рассматривается именно в рамках проявления МС. Установлено, что у лиц с АГ в 60% случаев обнаруживаются различные варианты МС. Кроме того, АГ является фактором, снижающим качество жизни пациентов, особенно при сочетании с коморбидной патологией.*

**Ключевые слова:** *артериальная гипертония, метаболический синдром, абдоминальное ожирение, дислипидемия, инсулинорезистентность, гиперинсулинемия.*

**Актуальность.** В настоящее время около 1 млрд людей на планете страдают артериальной гипертонией (АГ). По мнению экспертов, увеличение распространенности ожирения и состояний, ассоциированных с ним, наряду с растущей продолжительностью жизни приведут к увеличению числа гипертоников к 2025 г. до 1,5 млрд [25-28]. Распространенность АГ, составляет 30-45% среди взрослого населения Узбекистана. На долю АГ как ведущего фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний приходится 55% смертности [1, 13]. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) МС является «пандемией XXI века», распространенность которого колеблется от 20 до 40%, увеличивается с возрастом и имеет некоторые этнические, половые и возрастные различия [7-11]. Проблема ожирения в сочетании с различными метаболическими нарушениями и/или заболеваниями находится в центре внимания современных медицинских исследований. За последние 10 лет частота ожирения повсеместно возросла в среднем на 75%, и во всех регионах мира прогнозируется увеличение числа тучных людей. Предполагают, что к 2025 г. ожирением будут страдать 40% мужчин и 50% женщин [15].

В 1981 г. ученые предложили случаи сочетания различных метаболических нарушений обозначить термином «метаболический синдром». В 1988 г профессор G. Reaven на основании собственных наблюдений и обобщения других исследований выдвинул гипотезу, в соответствии с которой резистентность к инсулину, абдоминальное ожирение, АГ, атерогенная дислипидемия и ИБС служат проявлением патологического состояния, которое он предложил назвать «синдромом Х». В 1989г. D.Carlan ввел термин «смертельный квартет»: сочетание сахарного диабета (СД), ожирения, АГ и ишемической болезни сердца (ИБС) [29-31].

По данным научных исследований распространенность ожирения и МС в Узбекистане в общей популяции составила 20.4%. В женской популяции 22.1%, в мужской 11.5%, т.е. в два раза ниже. Там же проведено исследование влияние ожирения на рост СД 2 типа и преддиабета в Узбекистане: частота ожирения в группе с СД 2 типа составила в мужской популяции 41.6%, в женской популяции 38.5% соответственно. Частота ожирения в группе с преддиабетом составила в женской популяции 37.06%, в мужской популяции 32.3% соответственно [11].

На сегодняшний день АГ многими авторами рассматривается именно в рамках проявления МС. Установлено, что у лиц с АГ в 60 % случаев обнаруживаются различные варианты МС. Кроме того, АГ является фактором, снижающим качество жизни пациентов, особенно при сочетании с коморбидной патологией. В связи с высокой распространенностью АГ среди лиц трудоспособного возраста и серьезностью ее последствий актуальность проблемы инвалидности населения вследствие данного заболевания в настоящее время повышается [32].

По данным литературы, в последние годы отмечается увеличение числа больных неконтролируемой АГ. К примеру, в странах Запада артериальное давление должным образом контролируется менее чем у 30 % больных, а в России- у 15,7 % женщин и 5,7% мужчин. При этом некоторые зарубежные авторы считают, что недостаточное снижение артериального давления у пациентов при проведении лечения часто связано с наличием МС [7].

Жировая ткань является эндокринным органом, в котором вырабатывается большое количество биологически активных субстанций: лептин, адипонектин, антагонисты инсулина, ангиотензиноген, ангиотензин I и II, ангиотензин-превращающий фермент, ренин и др.

Абдоминальное ожирение сопровождается дисфункцией адипоцитов, что проявляется нарушением продукции многих адипокинов, в частности, повышением выработки лептина и снижением образования адипонектина. При взаимодействии лептина с рецепторами в гипоталамусе активируется симпатическая нервная система. Ее повышенная активность наряду с дефицитом адипонектина вызывает ИР и СД 2 типа, а также дисфункцию эндотелия с повышенной продукцией вазоконстрикторов и недостаточным образованием вазодилататоров, что ведет к развитию стойкой АГ. В условиях ИР усиливается синтез ангиотензина II, повышается реабсорбция натрия в почках, последнее вызывает задержку жидкости и развитие гиперволемии, повышение содержания натрия и кальция в стенке сосудов, предрасполагает их к спазму. Итак, патогенетические механизмы развития АГ при МС включают активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), симпатической нервной системы, дисбаланс секреции адипокинов, ИР, задержку в организме натрия и воды. Дисбаланс секреции адипокинов при МС индуцирует хроническое воспаление, проявляющееся повышенной продукцией С-реактивного белка (СРБ), интерлейкинов 1 и 6, фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), молекул сосудистой и межклеточной адгезии; а также вызывает повышение активности ингибитора активатора плазминогена, что предрасполагает к тромбообразованию [5,22].

Течение АГ у больных метаболическим синдромом имеет особенности, заключающиеся в раннем поражении органов-мишеней, предрасположенности к

тромбообразованию, рефрактерности к проводимой антигипер-тензивной терапии, высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений (инфаркта миокарда, мозгового инсульта, хронической сердечной недостаточности, сердечной смерти). В задачи лечения АГ у больных МС входит не только достижение целевых уровней артериального давления, но и замедление поражения органов-мишеней, коррекция модифицируемых факторов риска и ассоциированных клинических состояний – компонентов МС, ИБС и др.

Большинство лиц с АГ и сопутствующим МС имеют высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. В этих случаях лечение сразу начинают с антигипертензивных препаратов, одновременно проводят мероприятия по коррекции других факторов риска – абдоминального ожирения, ИР, гипергликемии, дислипидемии и др. [2].

Целевой уровень АД у больных АГ с сопутствующим МС и высоким или очень высоким сердечно-сосудистым риском составляет менее 140/90 мм рт.ст. У пациентов с высоким нормальным АД (130-139/85-89 мм рт. ст.), кроме немедикаментозных мер, при необходимости могут быть назначены антигипертензивные препараты в виде монотерапии, при этом лечение целесообразно начинать с ингибиторов АПФ (ИАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина II(БРА). В остальных случаях для достижения целевых уровней АД используют комбинированную антигипертензивную терапию [9]. Антигипертензивные средства, применяемые для лечения больных с МС или СД, должны отвечать следующим требованиям: эффективно снижать АД на протяжении суток; не оказывать неблагоприятного влияния на углеводный, липидный, пуриновый обмен; обладать органопротективным действием; снижать риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и сердечно-сосудистой смертности (ССС)[4].

В современных европейских рекомендациях упоминается 5 основных классов антигипертензивных препаратов: ИАПФ, БРА, бета-адрено-блокаторы (БАБ), антагонисты кальция и тиазидоподобные диуретики. Выбор именно этих классов препаратов основывается на их доказанной способности снижать АД, данных плацебо-контролируемых исследований, показавших, что они снижают риск ССО и ССС за счет своего антигипертензивного действия [20].

Из других классов антигипертензивных препаратов упоминаются антагонисты альдостерона, альфа-адреноблокаторы, прямые ингибиторы ренина. При этом подчеркивается, что данные лекарства изучались в рандомизированных исследованиях мало, и есть данные о высокой частоте побочных эффектов при их назначении [21]. Современные рекомендации по лечению АГ исходят из принципа равенства основных групп антигипертензивных средств, при условии адекватного снижения АД, а выбор препарата рекомендуют делать, исходя из дополнительных показаний к назначению конкретной группы средств [13].

Течение АГ у больных с МС и СД отличается рефрактерностью к проводимой терапии, поэтому достичь целевых значений АД у этих пациентов при монотерапии часто не представляется возможным. Кроме того, преобладающее число больных АГ, имеющих МС или СД, относится к группе лиц с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. В связи с этим лечение у них следует начинать сразу с комбинированной терапии гипотензивных и гиполипидемических препаратов. Цель такой терапии – снижение числа сердечно-сосудистых осложнений и смертности [5]. В настоящее время при лечении АГ у больных МС препаратом выбора является ИАПФ. Наиболее эффективными являются ИАПФ с высокой липофильностью, которая позволяет им легко и быстро проникать в ткани и оказывать непосредственное воздействие на органы и ткани. Но в случае появления побочных явлений (сухой кашель) можно заменить препаратами группы БРА [7]. Исходя из ведущих механизмов патогенеза АГ при МС и при СД, а также в связи с ранним поражением органов-мишеней, у этой категории пациентов наиболее часто

используют комбинацию ИАПФ или БРА с тиазидными диуретиками, причем последние применяют в низких дозах (12,5 мг гидрохлортиазида). В последние годы вместо тиазидных диуретиков стали широко использовать тиазидоподобный диуретик индапамид (2,5 мг в сутки). Комбинация ИАПФ или БРА с антагонистом кальция и тиазидоподобными диуретиками обладает наиболее выраженным органопротективным действием и положительным влиянием на углеводный и липидный обмен [1].

**Выводы.** Таким образом, при выборе конкретного лекарственного средства из имеющегося широкого арсенала антигипертензивных препаратов следует придерживаться принципов персонализированной медицины: возможности лекарства должны максимально соответствовать потребностям пациента.

### *Список литературы*

1. Агабабян И.Р., Исхандарова Ф.И. Основные факторы развития артериальной гипертонии и ожирения у неорганизованного населения Самаркандской области / Волгоград-2018. Журнал «Медикус» № 2 (2). С. 30-31.
2. Агабабян И.Р. Влияние каптоприла на течение хронической сердечной недостаточности // World science: problems and innovations, 2017. С. 180-182.
3. Агабабян И.Р., Адиллов А.С. Антагонисты кальция в лечении хронической сердечной недостаточности // Вестник врача. С. 12.
4. Ахмедов Ф.Р., Зиядуллаев Ш.Х., Душанова Г.А. & Аралов Н.Р., 2016. Перипаретальная кардиомиопатия (случай из практики). Трансляционная медицина. 3 (3). 109-111.
5. Гариб Ф.Ю. и др. Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
6. Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М. Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.
7. Зайниев С.С. Ультроструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1.
8. Зиядуллаев Ш.Х., Аралов Н.Р., Исмаилов Ж.А., Рахимов М.М., & Юлдашев С.Ж. (2017). Роль некоторых регуляторных цитокинов в иммунопатогенезе экзогенных аллергических альвеолитов. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. (1). 38-41.
9. Зиядуллаев Ш.Х., Фазилова Г.Ф., Холлиев Р.Х., Бердиев А.С. & Исмаилов Ж.А., 2015. Иммуномодулирующая терапия в лечении и профилактике обострений хронической обструктивной болезни легких. Академический журнал Западной Сибири. 11(1). 13-14.
10. Иргашева У.З., Тоиров Э.С., Ахмедов И.А. Электрокардиографические изменения у больных артериальной гипертонией женщин пери и постменопаузального возраста // Академический журнал Западной Сибири, 2012. № 1. С. 10-10.
11. Ишанкулова Д.К., Тошназаров Ш.М., Низомов Б.У., Исламов А.Н. & Жумаева З.Н., 2019. Эффективность комбинированного применения нитратов в лечении хронической сердечной недостаточности. Научные исследования (2 (28)).
12. Таджиев Ф.С. Распространенность и факторы риска артериальной гипертонии среди населения Самаркандской области. / Тюмень-2017. Тюменский медицинский журнал. № 1. С. 54-58.
13. Тошназаров Ш.М. и др. Эффективность дигитализации-дигоксином у больных с хронической сердечной недостаточностью // Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования. 2019. С. 175-177.

14. *Тошназаров Ш.М. и др.* эффективность комбинированного применения ингибиторов АПФ в лечении хронической сердечной недостаточности // Вопросы науки и образования, 2019. № 6 (52).
15. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. № 7.
16. *Юсупов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
17. *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.
18. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Из-во «Ибн-Сино», 2001.
19. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
20. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // European science, 2017. № 7 (29).
21. *Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р.* Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // Колопроктология, 2017. № 3S. С. 49а-50.
22. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
23. *Шамсиев Р.А.* Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
24. *Fazilova G., Gaffurova M., Ismailov J. & Aralov N.,* 2018. The role of certain regulatory cytokines in the immunopathogenesis of extrinsic allergic alveolitis.
25. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.
26. *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.
27. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
28. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
29. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaja khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
30. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
31. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомиєліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
32. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K.* Ефективність ультразвукової сонографії при аппендикулярних перитонітах у дітей // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2016. Т. 26. № 2.

# ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Гойибова Н.С.<sup>1</sup>, Лим В.И.<sup>2</sup>, Ишкабулова Г.Дж.<sup>3</sup>, Хайдарова Х.Р.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Гойибова Наргиза Салимовна – ассистент,  
кафедра педиатрии, лечебный факультет;

<sup>2</sup>Лим Вячеслав Иннокентиевич - доцент,  
кафедра педиатрии № 2, неонатологии;

<sup>3</sup>Ишкабулова Гульчехра Джонхуразовна – ассистент;

<sup>4</sup>Хайдарова Хадича Ремизовна – ассистент,  
кафедра педиатрии, лечебный факультет,

Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** обследовано 40 недоношенных детей, проведена оценка функционального состояния почек в зависимости от наличия преэклампсии матери. Выявлено, что у всех недоношенных новорожденных отмечается снижение диуреза, снижение осмотической концентрации мочи, которая повышается к концу первой недели жизни, но не достигает показателей здоровых детей, при этом наиболее выраженные изменения наблюдаются в группе недоношенных, родившихся от матерей с преэклампсией, и сопровождаются азотемией, которая связана с катаболическими процессами в организме и сниженной почечной экскрецией азотистых продуктов.

**Ключевые слова:** недоношенные новорожденные, почки, преэклампсия матери.

**Актуальность проблемы.** Преэклампсия занимает 2-3 место в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности [1, 5], что обусловлено недоношенностью, хронической гипоксией, внутриутробной задержкой роста плода [1-4]. Это такое осложнение беременности, которое проявляется фето-плацентарной недостаточностью, метаболическими нарушениями, вазоконстрикцией, активацией коагуляционного каскада, эндотелиальной дисфункцией и гемостазиологическими нарушениями [7].

Несмотря на значительные достижения в перинатологии за последние годы, частота преэклампсии состоит от 16 до 22% от всех беременностей и не имеет тенденции к снижению. В развитых странах преэклампсия является второй непосредственной причиной ante- и постнатальной смертности, влияя на перинатальную смертность [11-17]. Ведущая роль в структуре перинатальной смертности при преэклампсии принадлежит асфиксии плода. Наряду с нарушениями в дыхательной системе в первую очередь страдают от асфиксии страдают почки, которые после рождения заменяет плаценту как главный орган гомеостаза [18-22]. Почечный кровоток плода составляет только 2–3% сердечного выброса по сравнению с 15–18 % у взрослых. Гломерулы полностью формируются только к 34 неделям гестации. Уровень гломерулярной фильтрации продолжает формироваться к рождению ребенка и уровень ее, как у взрослого, достигается только к возрасту одного года жизни [5-11]. Таким образом, изучение функции почек у недоношенных на фоне преэклампсии матери является актуальной проблемой. В связи с этим нами были оценены функциональные возможности почек недоношенных новорожденных родившихся от матерей с преэклампсией.

**Материал и методы:** было проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 40 новорожденных, родившихся в сроках гестации от 32 до 36 недель. Все обследованные новорожденные были разделены на следующие группы: 1 группа 20 новорожденных родившихся от матерей с состоянием преэклампсии, 2 группа - 20 настоящая беременность и роды которых протекали

физиологически. При этом масса тела детей 1 группы при рождении составила  $2070,20 \pm 144,70$  гр, а во второй была несколько выше ( $2237,30 \pm 150,56$ гр). Критериями исключения явились: гестационный возраст менее 32 нед, врожденные пороки развития, в том числе мочевыделительной системы, манифестные формы внутриутробных инфекций и гнойно-септические заболевания. Тяжесть преэклампсии у беременных оценивали по шкале Гоеске в модификации Г. М. Савельевой. При этом из 20 женщин у 17 наблюдалась преэклампсия средней степени тяжести и у 3 преэклампсия тяжелой степени. Для биохимических исследований забор венозной крови производился из пупочной вены сразу после рождения ребенка и подкожных вен головы. Одновременно собиралась моча. Учитывая трудности сбора суточной мочи у новорожденных, мочу собирали в течение 6-8 часов по методу Arcia (1989). Азотистый гомеостаз оценивали по уровню мочевины и креатинина, в крови и моче на биохимическом анализаторе MindrayMR-96A. Осмотическую активность определяют с помощью осмометра, принцип работы которого основан на определении криоскопической константы данного раствора и сравнении ее с криоскопической константой воды. Важно заметить, что объем исследуемой жидкости составляет всего 50-100 мкл.

**Результаты исследования:** при сравнительном анализе было выявлено, что без асфиксии, т.е. с оценкой по Аппар 8 и выше баллов родились только 5% (1) детей основной группы, и 15% (3) - во 2 группе, таким образом, в состоянии асфиксии родилось достоверно больше недоношенных детей от женщин с преэклампсией ( $p < 0,01$ ), тяжелая асфиксия при рождении наблюдалась существенно чаще у детей в основной группе (40% по сравнению со 2 группой 25%,  $p < 0,01$ ). Таким образом, полученные результаты указывают на прямую зависимость функционального состояния недоношенных новорожденных на первой минуте жизни не только от морфо-функциональной незрелости, но и от наличия преэклампсии у матери. Согласно полученным данным, у недоношенных новорожденных обеих групп преобладали патология респираторной и центральной нервной системы (ЦНС). Частота развития респираторного дистресс-синдрома (РДС) снижалась при увеличении срока гестации. Так, степень дыхательных нарушений оценивалась по шкале Сильвермана. Дыхательная недостаточность (ДН) 1 степени была выявлена у 30% новорожденных основной группы и 55% - во 2 группе, соответственно. Вторая степень дыхательной недостаточности отмечена в основной группе у 60% новорожденных 1 группы, во 2 группе - у 45%. Третья степень дыхательной недостаточности была определена у 2 (10%) недоношенных детей в основной группе, тогда как у детей второй группы данных случаев зарегистрировано не было. Таким образом, тяжелые дыхательные нарушения были чаще отмечены у недоношенных детей от женщин с преэклампсией ( $p < 0,01$ ).

При изучении общей реакции организма новорожденных по выявлению признаков поражения почек было выявлено, что отечный синдром значительно превалировал у детей, родившихся от матерей с преэклампсией. Так отечный синдром наблюдался у 60% детей 1 группы, при выявлении признаков отечного синдрома в группе детей родившихся от матерей с физиологически протекающей беременностью, были выявлены всего единичные случаи, при этом отечный синдром был представлен 1 (легкой степенью тяжести). Так, отечный синдром у новорожденных условно делили на 3 степени. 1 степень отечного синдрома выявлена у 10% детей основной группы, при этом отмечалась отечность кожи, подкожно-жировой клетчатки, век, лобка, вялость, гипотония, гипорефлексия, неустойчивая терморегуляция, явления дыхательной недостаточности.

При 2 степени отечного синдрома отмечались распространенные отеки на лице, грудной клетки, животе и конечностях, этот контингент детей составил 25% детей 2 группы. При 3 степени отмечались массивные отеки, особенно на дорсальной

поверхности кистей ручек и стоп, недоношенные дети сданными симптомами встречались в 25% случаев.

При исследовании водовыделительной функции почек установлено, что первое мочеиспускание у недоношенных новорожденных родившихся от физиологически протекающей беременности в среднем было через 17,3 часа и количество выделенной мочи составило  $1,06 \pm 0,04$  мл/кг/час, в течение первых суток, при этом, не смотря на то, что темп увеличения диуреза на протяжении первых семи дней был выше, по сравнению с доношенными детьми, суточный диурез у данного контингента детей на 6-7 сутки оставался сниженным и составил  $1,48 \pm 0,07$  мл/кг/час. У 55% детей, родившихся от матерей с преэклампсией, особенно перенесших тяжелую асфиксию, первое мочеиспускание происходило в родовом зале, а последующее в среднем через 19 часов. Суточный диурез на протяжении всей недели был снижен  $0,98 \pm 0,08$  мл/кг/час. К 3-4 суткам у 25% новорожденных I группы отмечалось снижение диуреза до  $0,36$  мл/кг/час. Таким образом, установлено, что у всех недоношенных и недоношенных детей родившихся от матерей с преэклампсией, наблюдалось нарушение клубочковой фильтрации, особенно данный факт был выражен у детей перенесших тяжелую асфиксию, из-за почечной вазоконстрикции и гипоперфузии к 3-4 суткам развивалась олигоурия. Осмолярная концентрация плазмы у недоношенных новорожденных 2 группы была в среднем от  $273,93 \pm 0,81$  мосм/л, тогда как у недоношенных новорожденных родившихся от матерей с преэклампсией определялась в пределах от  $210,33 \pm 1,7$  мосм/л до  $273 \pm 1,8$  мосм/л и в среднем составила  $264,75, \pm 0,66$  мосм/л. Таким образом у недоношенных детей, обнаружено снижение способности почек к образованию осмотически концентрированной мочи, нарушение которой особо выражено у недоношенных родившихся от матерей с преэклампсией.

При определении осмолярности мочи было выявлено, что моча оставалась гипотоничной на протяжении всей первой недели жизни у детей основной группы (в среднем  $284,56 \pm 10,5$  мосм/л). У недоношенных новорожденных, родившихся от здоровых матерей становление водовыделительной функции почек происходило более интенсивно, моча была гипотоничной лишь на первые сутки ( $296,31 \pm 9,7$  мосм/л), а к концу раннего неонатального периода осмолярная концентрация мочи была равной  $398,52 \pm 10,1$  мосм/л. Установлена прямая корреляционная связь между диурезом и осмолярностью мочи ( $r = 0,78$ ). В первую неделю жизни у новорожденных всех исследованных групп выявлен широкий диапазон значений азотосодержащих продуктов от  $0,034$  до  $1,23$  ммоль/л. Во 2 группе отмечалось увеличение их концентрации в плазме к 3-4 суткам и уменьшение к концу первой недели. Почечная экскреция азота у недоношенных новорожденных которые родились от физиологически протекающей беременности в первые сутки была невелика (креатинин в  $0,048 \pm 0,002$  ммоль/л, мочевины  $4,13 \pm 0,20$  ммоль/л) что, по-видимому, является приспособительно адаптационным механизмом, потому, что в первые дни жизни ребенок находится в условиях пониженного поступления белка, а также расщепления и усвоения пищи. Поэтому экскреция азотосодержащих продуктов была соответственно уровню тканевого катаболизма (креатинин мочи  $0,21 \pm 0,01$  ммоль/л; мочевины мочи  $13,45 \pm 0,49$  ммоль/л). С возрастом диуреза у доношенных новорожденных повышался и уровень экскреции азота. Нами была установлена прямая корреляционная связь между диурезом и концентрацией мочевины в моче ( $r = 0,512$ ) новорожденных 1 группы.

В группе новорожденных родившихся преждевременно, концентрация креатинина и мочевины, была достоверно выше, чем в группе детей родившихся от женщин с физиологической беременностью, в течении всего раннего неонатального периода (креатинин  $0,077 \pm 0,002$  ммоль/л,  $p < 0,001$ ; мочевины  $5,31 \pm 0,15$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ). Соответственно концентрация азотосодержащих продуктов в моче у недоношенных

новорожденных родившихся от матерей с преэклампсией, была немного ниже, чем в 1 группе (креатинин мочи  $0,14 \pm 0,02$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ; мочевины мочи  $8,44 \pm 0,58$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ). Азотемию у новорожденных этих групп можно объяснить высоким уровнем тканевого катаболизма. Не смотря на то, что экскреция азота повышалась с увеличением диуреза, скорость восстановления азотовыделительной функции почек у новорожденных значительно отставала от скорости восстановления водовыделительной функции. Сниженной прежде всего была экскреция мочевины. Она составляла в среднем 63% от общего азота, тогда как у взрослых - около 90%, данные факты объясняли низкую осмолярность мочи у недоношенных новорожденных в первые 7 дней жизни. В наших исследованиях одной из особенностей для недоношенных родившихся от матерей с преэклампсией, и перенесших на внутриутробно фетоплацентарную недостаточность (ФПН), являлась азотемия сразу после рождения ( $0,089 \pm 0,002$  ммоль/л,  $p < 0,001$ ; мочевины  $7,86 \pm 0,13$  ммоль/л,  $p < 0,01$ ), данный факт был связан со сниженной экскреторной функцией плаценты при ФПН. Учитывая, что у детей этих групп были высокими процессы тканевого катаболизма, а количество получаемого грудного молока в первые 3-4 суток было меньше из-за тяжелого состояния детей, можно отметить большую роль почечного фактора в поддержании азотистого гомеостаза.

К 3-4 суткам у данной категории недоношенных новорожденных (25%) сохранились отеки на голове, голенях, спине. У этих же детей обнаружено снижение диуреза до  $0,35$  мл/час/кг массы тела, а также наблюдалась низкая осмолярность мочи по сравнению с 1 группой. При этом нарушения КОС имели характер смешанного, респираторно-метаболического ацидоза, которые не имел тенденции к нормализации к концу раннего неонатального периода. Нарушения со стороны электролитного обмена у недоношенных родившихся от матерей с преэклампсией, характеризовались гипонатриемией и гиперкалиемией. Следует отметить, что биохимические показатели имели взаимосвязь с клиническими проявлениями нарушения электролитного баланса, так у некоторых новорожденных отмечался синдром возбуждения, наблюдались многократные срыгивания, кожные парестезии, гипорефлексия, и иногда судороги.

**Выводы:** у недоношенных новорожденных, отмечается снижение осмотической концентрации мочи, которая повышается к концу первой недели жизни, но не достигает показателей здоровых детей, при этом наиболее выраженные изменения наблюдаются в группе недоношенных родившихся от матерей с преэклампсией. Недоношенные новорожденные, особенно которые родились на фоне фетоплацентарной недостаточности при преэклампсии матери, к 4 суткам дают азотемию, которая связана с катаболическими процессами в организме и сниженной почечной экскрецией азотистых продуктов.

### *Список литературы*

1. *Ахмедов М.Ж., Шавази Н.М., Лим В.И.* Состояние метаболических процессов у детей грудного возраста при пневмониях, осложненных нейротоксическим синдромом // Аллергология и иммунология, 2007. Т. 8. № 1. С. 326-326.
2. *Ахмеджанова Н.И., Ибатова Ш.М., Ахмеджанов И.А.* Новые методы диагностики и лечения хронического пиелонефрита у детей // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2017. № 4. С. 92-95.
3. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
4. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.

5. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // *Bulletin of Experimental & Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. № 1.
6. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*, 2015. № 4. С. 41-42.
7. *Шамсиев А.М. и др.* Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени // *Проблемы современной науки и образования*, 2017. № 37 (119).
8. *Шамсиев А.М., Раббимова Д.Т., Шамсиев Ж.А.* Дифференцированный подход к реабилитации младенцев, перенесших сепсис // *Детская хирургия*, 2018. Т. 22. № 5. С. 269-271.
9. *Шамсиев А.М. и др.* Значение ультразвуковой сонографии при диагностике аппендикулярных перитонитов у детей // *Современные инновации: актуальные направления научных исследований*, 2017. С. 50-54.
10. *Шамсиев А.М., Мухамадиева Л.А.* Современные подходы лечения детей с деформирующим эндобронхитом // *Вестник Хакасского государственного университета им. НФ Катанова*, 2015. . 12. С. 112-113.
11. *Юсупов Ш.А.* Диагностика внутрибрюшных абсцессов в раннем послеоперационном периоде при аппендикулярных перитонитах у детей // *Вестник Уральской медицинской академической науки*, 2009. № 3. С. 36-39.
12. *Шавази Н.М. и др.* Возможности небулайзерной терапии бронхообструктивного синдрома у детей // *Вестник врача*. С. 35.
13. *Рустамов М.Р., Гарифулина Л.М.* Показатели сердечно-сосудистой системы у детей и подростков на фоне ожирения и артериальной гипертензии // *Вопросы науки и образования*, 2019. № 6 (52).
14. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // *European science*, 2017. № 7 (29).
15. *Шамсиев А.М. и др.* Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени // *Проблемы современной науки и образования*, 2017. № 37 (119).
16. *Шамсиев А.М. и др.* Лечение детей с хроническим бронхитом // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2015. № 4. С. 69-71.
17. *Azamat S., Zafarjon K., Salim D.* Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity // *European science review*, 2016. № 3-4.
18. *Davlatov S.S. et al.* Non-tension hernia plastic with inguinal hernia // *Проблемы современной науки и образования*, 2017. № 24. С. 58-62.
19. *Mukhitidinovich S.A., Sulaymonovich D.S., Afanasyevna K.S.* Modern state of problem of postoperative ventral hernias surgical treatment (literature review) // *Voprosy nauki i obrazovaniya*, 2017. № 11 (12).
20. *Salim D., Sarvinov A.* Hernioabdominoplastics of postoperative ventral hernia in patients with obesity // *International scientific review*, 2016. № 11 (21).
21. *Shamsiyev A., Kurbaniyazov Z., Davlatov S.* Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity // *European science review*, 2016. № 3-4. С. 232-234.
22. *Shamsiev A.M., Davlatov S.S.* Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением // *Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука*, 2016. № 1.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКА

Хусинова Ш.А.<sup>1</sup>, Рахимова Х.М.<sup>2</sup>, Юлдашова Н.Э.<sup>3</sup>, Сулейманова Н.Э.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Хусинова Шоира Акбаровна – доцент;

<sup>2</sup>Рахимова Хидоят Мамарасуловна – старший преподаватель;

<sup>3</sup>Юлдашова Надира Эгамберидиевна – ассистент;

<sup>4</sup>Сулейманова Нилуфар Эргашевна – ассистент,  
Самаркандский медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** целью этого исследования было изучение влияния социальных факторов на формирование личности подростков. В полных семьях проживали 93,6% детей. Более 97% детей уважали родителей и считают свои взаимоотношения с ними дружескими. Доверять сокровенные тайны отцу могут лишь 313 (45,2%) детей, матери - намного больше – 565 (81,6%) подростков. 88% учащихся, участвовавших в анкетировании, были девочки. Большинство подростков отметили, что имеют хорошие взаимоотношения с братом или сестрой, ощущают их помощь и поддержку. Однако в семье существуют проблемы, влияющие на настроение детей и учебу в колледже. 3,9% подростков отметили наличие финансовых проблем, а 11,6% - ссор и скандалов в семье.

**Ключевые слова:** подростки, психоэмоциональное развитие, формирование личности, социальные факторы.

**Введение.** Одним из важнейших показателей социально-экономического благополучия общества является состояние физического и интеллектуального развития детей и подростков, как важнейшего резерва страны [5-9]. Подростки – это особый контингент в составе населения, состояние здоровья которого является барометром социального благополучия и предвестником изменений в здоровье нации в последующие годы [1-4]. В подростковом возрасте, когда происходит становление многих жизненно важных систем организма, человек наиболее уязвим к различного рода катаклизмам, происходящим вокруг него, восприимчив к воздействию неблагоприятным факторам среды обитания, как природного, так и техногенного происхождения [17-23]. Успешность обучения в настоящее время достигается ценой интенсификации умственной деятельности учащихся, обусловленной повышенным объемом нагрузки в условиях дефицита учебного времени [10-16].

Обучение подростков в большинстве образовательных учреждениях происходит в следующих условиях: постоянное психоэмоциональное напряжение, сокращение продолжительности сна, длительное пребывание в сидячей позе, снижение двигательной активности и времени нахождения на свежем воздухе, интенсификация обучения и другие. На основании проведенного исследования И.Г. Низамовым с соавт. выявлено, что значимыми факторами риска подросткового периода являлись: неблагоприятный психологический микроклимат в семье и школе; социальная изоляция подростка; неполная семья; недостаточный культурный и образовательный уровень семьи; низкое материальное благосостояние семьи; плохие жилищно-бытовые условия [24-27].

**Целью этого исследования** было изучение влияния социальных факторов на формирование личности подростков.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено на базе сельского медицинского колледжа. Для изучения мнения подростков была разработана анкета, содержащая вопросы о взаимоотношениях в семье, образе жизни, занятий на досуге,

наличии чувств и переживаний. Анкеты были розданы 700 учащимся колледжа, из них валидными оказались 692 анкеты. Среди заполнивших анкеты были 83 мальчика, 609 девочек в возрасте 15-17 лет.

**Результаты и их обсуждение.** Проанализировав классические и современные теории психологического развития подросткового периода, процесс формирования личности можно объединить в три блока:

1. Отношения с окружающими людьми: с родителями, сверстниками и друзьями, с противоположным полом и широким социумом; сюда же включаются потребности, связанные с межличностными отношениями.

2. Познание: характеристика мышления и восприятия, уровень моральных суждений и социальное познание.

3. Самосознание: мотивация к самосознанию и самосовершенствованию, самооценка, мировоззрение и система ценностей [9, 10].

Собственно, эти блоки можно считать основными сферами психологического развития личности в подростковом возрасте, они связаны между собой, некоторые из них были изучены в нашем исследовании.

В полных семьях проживали 93,6% детей. Более 97% детей уважали родителей и считают свои взаимоотношения с ними дружескими. Но в то же время доверить сокровенные тайны отцу могут лишь 313 (45,2%) детей, матери намного больше – 565 (81,6%) подростков. Возможно, это связано, с тем, что 88% учащихся, участвовавших в анкетировании, были девочки. Большинство подростков отметили, что имеют хорошие взаимоотношения с братом или сестрой, ощущают их помощь и поддержку. Однако в семье существуют проблемы, влияющие на настроение детей и учебу в колледже. 3,9% подростков отметили наличие финансовых проблем, а 11,6% - ссор и скандалов в семье. Возможно, это связано с тем, что в сельской местности в семье принято иметь много детей [7]. Многодетная семья может иметь неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни или нехватку денежных средств. Нередко социальная ситуация в многодетной семье может привести к изменению поведения подростка, создавая условия для применения физического насилия, которое отметили 6,9% детей [8]. Взаимоотношения в родительской семье нередко бывают причиной нарушения психоэмоционального развития ребенка, в нашем исследовании 2,9% детей хотели бы иметь других родителей, а 1,9% хотели бы уехать из этой семьи навсегда.

Отношение подростков к жизни анализировали по полученным ответам. Так, 94% детей считают свою жизнь удачной, они довольны окружающей средой. 86,2% детей отметили, что в их жизни произошли хорошие перемены. Отрицательные перемены произошли в жизни 47,9% детей. 95% детей считают себя готовыми к самостоятельной жизни, но преодолеть трудности в жизни готовы 66,9% из них. В подростковом возрасте происходит переход от детства к взрослой жизни. Все стороны жизни подвергаются качественной перестройке, возникают и формируются новые психологические отношения, закладываются основы сознательного поведения, формируются социальные установки [9, 10]. Этот процесс преобразования и определяет особенности личности детей подросткового возраста. С одной стороны, теоретически они считают себя готовыми к самостоятельной жизни, но на практике еще не способны решать возникающие проблемы.

Более 90% детей считают себя здоровыми, у них хороший аппетит, здоровый сон, утром они просыпаются отдохнувшими, помогают родителям по хозяйству. Они хотят поступать в ВУЗы после окончания колледжа, работать по выбранной специальности. Но в то же время 67,3% из них хотят внести перемены в свой образ жизни, а 30% детей хотят уехать в другие страны. Следовательно, подростки еще нуждаются в родительской опеке, важное место в воспитании занимает характер отношения родителей к ребенку. При формировании личности подростка возникает

представление о том, что он уже не ребенок (чувство взрослости); поэтому он стремится быть взрослым. 148 детей (21,4%) хотят уже сейчас вступить в брак, они считают себя готовыми нести ответственность за семейную жизнь, 9,1% подростков считают ранние браки полезными. В литературе сложилось единодушное мнение о важности родительского (прежде всего материнского) воспитания ребенка, психоэмоциональному развитию ребенка вредит неспособность матери понимать и удовлетворять его основные потребности.

Следующие вопросы анкеты были составлены для изучения влияния переживаний и чувств подростков на психоэмоциональное развитие. Проявляют интерес к противоположному полу 25,8% подростков, они постоянно думают об этом чувстве, которое влияет на его поведение. Это чувство придает им силы, считают 22,4% детей, половине опрошенных детей это чувство мешает учебе (56,5%). Ухудшение взаимоотношения с родителями из-за этого чувства отметили 57,9% детей. Становление характера, переход от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности обнажает и заостряет слабые стороны личности подростка. Бурные нейрогуморальные процессы этого периода могут также влиять на психоэмоциональное состояние подростка. У детей нередко появляются чувства бессмысленности жизни, что связано с чувствами к противоположному полу. Такое состояние отметили 53,5% подростков, 57,5% детей боятся остаться в одиночестве, 32,5% при этом плачут, а 24,6% детей – мечтают. В семье чувствуют себя одинокими 16,2% детей. Следовательно, не смотря на желание подростков чувствовать себя взрослыми, они еще являются детьми, нуждающиеся в родительской заботе, детьми с еще неустановленной психикой.

Следующими разделами анкеты были вопросы о существующих проблемах в жизни подростка. Имеют проблемы во взаимоотношениях с родителями 64,2% детей, 36,3% считают, что у них есть недостатки. 38,4% детей считают, что имеют проблемы в своей жизни, 47,7% детей считают себя виновными в их возникновении. Так как подростковый возраст характеризуется выраженной эмоциональной неустойчивостью, то для них характерно попеременное проявление различных чувств: целеустремленность и настойчивость могут сочетаться с импульсивностью и неустойчивостью, повышенная самоуверенность и безапелляционность в суждениях – сменяться легкой ранимостью и неуверенностью в себе, возвышенность чувств – уживается с сухим рационализмом, циничностью, враждебностью и даже жестокостью [8, 9, 10]. Только 15,3% считают себя подготовленными к самостоятельной жизни, могут самостоятельно решать свои проблемы 66,8%, но в то же время за помощью к родителям обратятся 75,7%, к друзьям – 81,1% детей. Поведение подростка регулируется его самооценкой, а самооценка формируется в ходе общения с окружающими людьми, а, прежде всего, со сверстниками [11]. Друзья воспринимаются ближе, понятнее, доступнее по сравнению с родителями, поэтому решение своих проблем подростки доверяют своим друзьям больше, чем взрослым. Таким образом, на развитие подростка больше влияют взаимоотношения со сверстниками, с классным коллективом. Главная новая черта, появляющаяся в психологии подростка по сравнению с ребенком младшего школьного возраста, – это более высокий уровень самосознания, желание осознать себя как личность. Подросток стремится познать сильные и слабые стороны своей личности, у него возникает интерес к себе, к оценке своего «Я», сопоставление с другими людьми. Причем, общественная оценка классного коллектива значит для подростка больше, чем мнение учителей или родителей. Коллективные взаимоотношения прямо сказывается на развитии его личности, а значит воздействие на подростка через коллектив – один из путей формирования его личности и характера. Поэтому важным в воспитании подростка является организация досуга, условий для коллективного занятия спортом. В нашем исследовании более половины подростков на досуге любят

играть в футбол, шахматы, теннис (52,6-66,2%), плаванием занимаются 74,8% детей. Читают книги на досуге и занимаются в Интернете 73,4% подростков, смотрят телевизор 56,5%. Могут выделить время для занятий любимым делом 82,3% детей: это шитье, путешествие по родным просторам, пение и танцы, выращивание фруктов и овощей, уход за животными. Для формирования личности в подростковом возрасте большое значение имеют внутренние факторы развития, определяющие взаимоотношения между ребенком и средой: подросток уже становится способным к самостоятельному развитию. В нашем исследовании могут признаться родителям в совершенных ошибках 64,2% детей, считают себя уравновешенными 77,3%, но 30,6% детей хотят убежать из дома, считают себя одинокими 23,9%, а свою жизнь бесполезной – 12,7% детей. Следовательно, чувство вины, одиночества, бесполезности жизни – это критерии депрессии, на фоне которой возможны суицидальные мысли и намерения. Согласно данным литературы, подростки наиболее склонны к суициду [8-10].

Однако доказано, что только наличие положительной оценки создает у детей состояние эмоционального благополучия, которое является необходимым условием для нормального формирования личности [11].

**Заключение.** Для психоземонального развития подростков необходимо создание необходимых условий для формирования личности:

1. Организация досуга с развитием коллективных видов спорта.
2. Установление дружеских взаимоотношений в семье: с родителями, братьями и сестрами.
3. Оказание психологической поддержки и заботы со стороны родителей, педагогов, сверстников.
4. Выделение детей из не полных и проблемных семей, в группу риска, проведение дополнительной работы с этими детьми для профилактики нарушения психического здоровья.

### **Список литературы**

1. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни, 1996.
2. *Геппе Н.А. и др.* Лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторно-поликлинической практике: результаты международной наблюдательной неинтервенционной программы "Эрмитаж" // *Терапия*, 2017. № 8. С. 63-78.
3. *Геппе Н.А. и др.* гриппа в амбулаторно-поли-клинической практике: результаты международной наблюдательной неинтервенционной программы «ЭРМИТАЖ» // *Терапия*, 2017. Т. 8. № 18. С. 63-78.
4. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // *Вестник Российского государственного медицинского университета*, 2006. № 2. С. 250-250.
5. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // *Bulletin of Experimental & Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. № 1.
6. *Лапасов С.Х. и др.* Результаты оценки качества диагностики и лечения больных сахарным диабетом 2 типа в условиях первичного звена медико-санитарной помощи // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2017. № 2. С. 134-137.
7. *Лапасов С.Х., Хусинова Ш.А., Хакимова Л.Р.* Повышение качества информированности беременных женщин о подготовке к родам и методам контрацепции // *Сборник статей*, 2019. № 1. 2019.
8. *Лапасов С.Х. и др.* Диагностика, лечение и профилактика инфекций мочевых путей у небеременных женщин в условиях первичного звена медико-санитарной помощи (обзор литературы) // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов Health, Demography, Ecology*, 2017. С. 463.

9. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
10. *Юсунов Ш.А., Исламова Д.С., Гаффаров У.Б.* Структура патологии гастродуоденальной зоны у детей с дискинезией желчного пузыря // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки, 2014. Т. 2. № 7. С. 73-74.
11. *Юсунов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.
12. *Юсунов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
13. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсунов 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.
14. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Из-во «Ибн-Сино, 2001.
15. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
16. *Шамсиев Ж.А.* Декомпрессия кишечника в комплексе лечения разлитого гнойного перитонита, осложненного паралитической кишечной непроходимостью у детей: Дисс..... канд. мед. наук // Шамсиев Ж.А. Автореф. канд. дисс. Ташкент, 2003.
17. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
18. *Шамсиев Р.А.* Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
19. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
20. *Lapasov S. K. et al.* Результати оцінки якості діагностики і лікування хворих на цукровий діабет II-типу в умовах первинної ланки медико-санітарної допомоги // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2017. № 2.
21. *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.
22. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs, 2013. Т. 36. № 8.
23. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaia khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
24. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
25. *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.
26. *Shamsiyev A., Davlatov S.* A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. С. 80-83.
27. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.

# СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАНДРОГЕННЫХ СОСТОЯНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Ибрагимов Б.Ф.<sup>1</sup>, Худоярова Д.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ибрагимов Баходир Фикриевич – студент магистратуры;

<sup>2</sup>Худоярова Дилдора Рахимовна – доцент,

кафедра акушерства и гинекологии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** синдром поликистозных яичников является ведущей причиной гиперандрогении в гинекологической практике. Гиперандрогения, ановуляция и специфические эхографические признаки подтверждают этот синдром. Для диагностики используются данные анамнеза, специфические клинические проявления, данные УЗИ, гормональные тесты и лапароскопия.

**Ключевые слова:** гиперандрогения, синдром поликистозных яичников, анамнез, клинические данные, гормональные подтверждения, лапароскопия.

**Актуальность.** В практической гинекологии понятие гиперандрогения или гиперандрогенизм обозначает патологическое состояние, обусловленное продукцией избыточного количества андрогенов в организме женщины. Являясь результатом серьезных нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-надпочечники, данное состояние сопровождается гирсутизмом, патологией метаболических процессов, нарушением менструального цикла, невынашиванием беременности и, почти всегда, бесплодием.

В клинической практике описано несколько клинических форм гиперандрогении. - Яичниковая гиперандрогения - встречается при различных формах синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) и андроген-продуцирующих опухолях яичников. - Надпочечниковая гиперандрогения обусловлена избыточной продукцией андрогенов корой надпочечников, что характерно для врожденной гиперплазии коры надпочечников (синонимы: врожденный адено-генитальный синдром, ложный женский гермафродитизм, преждевременное половое созревание по гетеросексуальному типу, врожденная дисфункция коры надпочечников) или вирилизирующих опухолей надпочечников. - Гиперандрогения при поражении гипоталамо-гипофизарной области: болезнь Иценго-Кушинга, синдром Морганьи-Стюарта-Мореля. - Гиперандрогения при нарушении рецепции и обмена андрогенов в коже, что проявляется в виде различных форм гирсутизма. Для практикующего гинеколога наибольшее значение имеют первые две формы заболевания, потому что они непосредственно влияют на нарушение менструальной и репродуктивной функции женщин. В данной публикации рассмотрены современные методы диагностики СПКЯ. При обследовании пациенток с бесплодием, имеющим гирсутизм и гиперандрогению, гиперандрогения надпочечникового генеза диагностируется в 30% случаев, яичникового – в 12%, смешанного – в 53%.

**Гиперандрогения яичникового генеза.** Классическим проявлением данного типа гиперандрогении является синдром поликистозных яичников – патологическое состояние, наиболее часто встречающееся в гинекологии, особенно среди пациенток с различными нарушениями менструального цикла и бесплодием. Анализ многочисленных публикаций, посвященных диагностике и лечению СПКЯ, указывает на значительную вариабельность клинических проявлений заболевания, несмотря на одинаковый принцип подбора больных – наличие кистозно-измененных яичников [1,3,5,14].

Следует особо подчеркнуть, что при сборе анамнеза у пациенток с подозрением на СПКЯ следует обращать внимание на менструальную и репродуктивную функцию

матери. Основными жалобами пациенток являются: бесплодие (35-74%), гирсутизм (17-83%). Однако следует отметить, что до настоящего времени нет единых критериев диагностики СПКЯ, причем в основном это происходит тогда, когда диагноз ставится только по одному клиническому или лабораторному методу исследования. В 2003 году Европейским обществом фертильности человека и Американским обществом репродуктивной медицины было предложено устанавливать диагноз СПКЯ на основании обязательного наличия двух из трех предложенных критериев [13]: - Гиперандрогения; - Хроническая ановуляция; - Эхографические признаки ПКЯ.

После обобщения результатов исследований, посвященных этому вопросу, предложены критерии, максимально точно позволяющие поставить диагноз данного заболевания [6-8,11]: - Клинические; - Ультразвуковые; - Гормональные; - Лапароскопические; - Патоморфологические.

Клинические критерии СПКЯ. Характерным клиническим проявлением данного синдрома является нарушение менструального цикла по типу олигоменореи (84%), аменореи (10%) и реже – ДМК (6%) на фоне хронической ановуляции [1, 11]. СПКЯ не формируется у пациенток с регулярным циклом при наличии овуляции и желтого тела, поэтому этот диагноз не может быть поставлен у данной группы пациенток.

Первичное бесплодие диагностируется у 71-98%. Гирсутизм наблюдается у 45-60% больных, что почти всегда сочетается с повышением уровня андрогенов яичникового и/или надпочечникового генеза. Повышение ИМТ более 25 выявляется у каждой второй пациентки с СПКЯ. Некоторые авторы считают, что гирсутизм и нарушение жирового обмена не являются обязательными для СПКЯ и могут с аналогичной частотой встречаться при других эндокринных заболеваниях, в то время как нарушение менструальной и репродуктивной функции являются постоянными симптомами данного заболевания. В зависимости от формы СПКЯ клинические проявления заболевания могут варьировать. Так, при сочетанной яичнико-надпочечниковой форме имеет место более позднее менархе (16-18 лет), аменорея, первичное бесплодие, выраженный гирсутизм на лице, конечностях, теле. Преобладает интерсексуальный тип телосложения: высокий рост, длинные конечности, широкие плечи, узкий мужской таз и мужской тип распространения подкожно-жировой клетчатки. При этом имеет место недоразвитие молочных желез и половых органов, но клитор может быть увеличен, яичники всегда увеличены, плотные подвижные с гладкой поверхностью. При центральной форме заболевания анамнез указывает на наличие функциональных или органических заболеваний нервной системы у ближайших родственников, отягощенный акушерский анамнез у матери. Пациентки жалуются на головную боль, утомляемость, плохую память, быструю прибавку массы тела. Телосложение у них гиперстеническое с отложением жира на животе, бедрах, груди. Нарушения менструального цикла такие же, как и при других формах СПКЯ. При гинекологическом осмотре определяется скудное оволосение на лобке, уменьшение размеров матки и увеличение яичников.

Гормональные изменения при СПКЯ. При СПКЯ определяются следующие гормональные изменения: - Повышение уровня ЛГ более 10 мМЕ/л; - Индекс ЛГ/ФСГ повышается у всех больных более 2,5 раз; - Ановуляция, подтвержденная низким содержанием прогестерона во второй фазе цикла, имеет место у всех больных; - Уровень андрогенов повышается у 60-70% больных. Уровень общего тестостерона - более 2,5 нмоль/л; - Уровень яичниковых и надпочечниковых (тестостерон и дегидроэпиандростерон) андрогенов повышается у 25-30% больных; - Снижение концентрации половых стероид-связывающих глобулинов; - Повышается уровень свободных тестостерона и эстрадиола; - Пролактин повышается у 30-35% больных. Зачастую СПКЯ сочетается с инсулинрезистентностью. Ультразвуковые критерии СПКЯ. Для СПКЯ характерно уменьшение передне-заднего размера матки с одновременным увеличением размеров и объема яичников. Объем яичников

составляет более 10. Определяются утолщенная капсула и множественные подкапсулярные кисты небольших размеров, имеет место гиперплазия стромы и тека-клеток с участками лютеинизации. Имеется 12 и более кистозно-атрезирующихся фолликулов диаметром 2-9 мм. [6,8,13]. Лапароскопические признаки СПКЯ. К лапароскопическим признакам СПКЯ относятся: - Двустороннее увеличение яичников; - Гладкая, блестящая оболочка яичника, в 90% случаев плотная или утолщенная; - Выраженный сосудистый рисунок на поверхности оболочки яичника; - Множественные фолликулы, просвечивающие через оболочку и хорошо определяющиеся при разрезе; - Отсутствие свободной перитонеальной жидкости в позадимагочном пространстве.

Сопутствующая гинекологическая патология обнаруживается у большинства пациенток с СПКЯ. Это проявляется чаще всего в виде кист яичников (дермоидных, фиброидных, эндометриoidных и т.д.), доброкачественных опухолей матки, наружного генитального эндометриоза, спаечного процесса в малом тазу и патологии маточных труб [2,3,4,12].

Очень важным компонентом обследования пациенток с СПКЯ является определение состояния эндометрия. Риск развития атипичской гиперплазии и рака эндометрия у пациенток с относительной и абсолютной гиперэстрогенией очень высок. С этой целью обоснованным считается назначение гистероскопии с последующим диагностическим выскабливанием эндометрия и патоморфологическим его исследованием.

Морфологические и морфометрические показатели при СПКЯ. Для подтверждения диагноза обязательно наличие следующих признаков: - Увеличение количества примордиальных, зреющих и кистозно-атретичных фолликулов; - Отсутствие желтого тела; - Утолщение и склероз капилляров; - Утолщение белочной оболочки.

Анализ данных литературы, а так же наблюдение за женщинами с бесплодием демонстрирует, что диагноз СПКЯ максимально точно может быть поставлен на основании совокупности описанных критериев, что во многом будет определять эффективность последующего лечения, особенно у пациенток с нарушением репродуктивной функции.

### **Список литературы**

1. *Абдухалик-заде Г.А. и др.* Показатели гуморального противопециломикозного иммунитета у новорожденных, подвергшихся внутриутробному инфицированию грибом рода *Raescilomyces* // Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии. М., 2008. С. 86-88.
2. *Абдухалик-заде Г.А. и др.* Прогностическая оценка состояния новорожденных при внутриутробном инфицировании грибами рода *Raescilomyces* в зависимости от степени перинатальной отягощенности // Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии. М., 2008. С. 88-90.
3. *Ганиев Ф.И., Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д.* Лечебная тактика при сочетанной гинекологической и хирургической патологии // ООО «Maxliyo-shifo» & V., 2013. С. 100.
4. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
5. *Закирова Н.И.* Материнская смертность в регионе с высокой рождаемостью // Акушерство и гинекология, 1998. № 2. С. 21-24.
6. *Закирова Н.И.* Клинические аспекты причин материнской смертности и ее профилактика в регионе с высокой рождаемостью. Автореф... докт. мед. наук, 1999.

7. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.
8. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. №1.
9. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
10. *Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б.* Основы педиатрической андрогинекологии. Хирургические аспекты // Андрол и генит хир., 2002. Т. 2. С. 70-5.
11. *Тоджиева Н.И., Худоярова Д.Р., Базарова З.З.* Совершенствование методов лечения гиперпластических процессов эндометрия в пременопаузе // Профессионал года 2018, 2018. С. 81-84.
12. *Худоярова Д.Р. и др.* Случай атипичного кольпопоза при дистопии единственной почки // Андрология и генитальная хирургия, 2004. Т. 5. № 4. С. 52-54.
13. *Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б.* Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов // Андрология и генитальная хирургия, 2005. Т. 6. № 1. С. 20-22.
14. *Раббимова Г.Т., Негмаджанов Б.Б.* Оценка эффективности лечения и профилактики осложнений у беременных с вагинальной инфекцией // Здоровье и образование в XXI веке, 2017. Т. 19. № 1.
15. *Раббимова Г.Т., Негмаджанов Б.Б.* Регуляция кардиоритма беременных при преэклампсии тяжелой степени // ББК 51.1+ 74.58 Қ 22, 2013. С. 125.
16. *Маматкулова М.Д. и др.* Грибковое поражение вульвы и влагалища у женщин с искусственным влагалищем // ООО «Maxliyo-shifo» & V. С. 101.
17. *Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э.* "Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба". Врач-аспирант. 6 (2009): 467-471.
18. *Негмаджанов Б.Б., Шавкатов Х.Ш., Маматкулова М.Д.* Хирургическое лечение повторного пролапса матки и стенок влагалища после гистровентрофиксации // International scientific review of the problems and prospects of modern science and education, 2017. С. 83-85.
19. *Насимова Н.Р.* Добровольная хирургическая контрацепция женщин репродуктивного возраста, страдающих пролапсом тазовых органов // Наука и Мир, 2015. Т. 2. № 1. С. 95-97.
20. *Элтазарова Г.Ш.* Тухумдонлар хавфсиз усмаларининг морфологик жихатдан турларининг ешга боғлиқ учраши. Сборник "Тенденции и перспективы развития науки и образования при условиях глобализации". № 46. Украина, 2019. С. 546-551.
21. *Элтазарова Г.Ш., Ахтамова З.М.* Морфологическая оценка целесообразности лечения TORCH-инфекции у женщин с отягощенным акушерским анамнезом // Врач-аспирант, 2010. Т. 42. № 5. С. 94-101.
22. *Юсупов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
23. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Из-во «Ибн-Сино», 2001.
24. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
25. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.

26. Шамсиев Ж.А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // European science, 2017. № 7 (29).
  27. Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р. Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // Колопроктология, 2017. № 3S. С. 49а-50.
  28. Шамсиев Р.А. Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
  29. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
  30. Якубова Г.К., Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б. Влияние сахарного диабета I-го типа на становление менструальной функции у девушек-подростков // Врач-аспирант, 2010. Т. 39. № 2.2. С. 275-278.
  31. Jamshid S., Ravshan S. Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // European science review, 2017. № 1-2.
  32. 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.
  33. Minaev S.V. et al. Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
  34. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
  35. Zayniev S.S. Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
  36. Shamsiev A.M., Zayniev S.S. Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
-

# СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Рахимова Х.М.<sup>1</sup>, Хакимова Л.Р.<sup>2</sup>, Аблакулова М.Х.<sup>3</sup>,  
Абдухамидова Д.Х.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Рахимова Хидоят Мамарасуловна – старший преподаватель;

<sup>2</sup>Хакимова Лейла Рафиковна – ассистент;

<sup>3</sup>Аблакулова Муниса Хамрокуловна – ассистент;

<sup>4</sup>Абдухамидова Дилишода Халимовна – ассистент,  
кафедра семейной медицины, факультет постдипломного образования,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** оценка качества тактики ведения пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД-2 типа) показало, что регулярно посещали поликлинику 76,4% больных, адекватное лечение получали 55% из них, поэтому только в 37,2% случаев отмечено улучшение состояния. У 31,4% больных состояние осталось без изменения, а в 31,4% - отмечено его ухудшение. Проведенная реабилитация была принята удовлетворительной у 45% лиц. Среди больных с заболеваниями щитовидной железы были взяты на учет 82,8% больных. Регулярно посещали врача лишь 48,3% пациентов, адекватное лечение было назначено в 34,5% случаев, поэтому только у 13,8% отмечено улучшение состояния. У 82,8% больных состояние осталось без изменений, а в 3,4% случаев состояние ухудшилось. Реабилитация больных с заболеваниями щитовидной железы была удовлетворительной только у 17,2% больных.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, эндокринологическая помощь, щитовидная железа.

**Введение.** Здоровье населения представляет стратегическую цель государства, условие его национальной безопасности. Бывшая модель здравоохранения в Узбекистане не отвечала новым веяниям времени, не могла обеспечить достойный уровень здоровья населения оказалась совершенно не готовой. Поэтому правительство Республики приняло решение о реформировании системы здравоохранения [1-8]. Особое значение в развитии этого направления сыграли Указы Президента «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 10 ноября 1998 г. и «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» от 26 февраля 2003 г. Основная цель реформы – создание института врачей общей практики (ВОП).

Создание врачебных пунктов позволяет максимально приблизить первичную медицинскую помощь к населению, проводить лечебно- профилактическую работу со всеми членами семьи, повысить медицинскую грамотность населения и, снизив нагрузку на врача-специалиста, обеспечить более качественный мониторинг за пациентами с хроническими заболеваниями [5-11].

С практической точки зрения это означает, что эндокринологическая помощь должна быть обеспечена на всех этапах – от выявления до лечения, с систематическим диспансерным наблюдением и проведением диагностики имеющихся осложнений в специализированных лечебных учреждениях [10-18]. Следовательно, при оказании эндокринологической помощи населению возникает необходимость в решении ряда сложных проблем, связанных с выявлением больных, групп высокого риска, дифференциальной диагностикой, выбором обоснованных методов лечения и организации системы диспансеризации больных

[20-28]. В связи с чем, нами было изучено качество эндокринологической помощи в Самаркандской области.

**Цель исследования.** Изучить качество эндокринологической помощи в учреждениях первичного звена медицинской помощи Самаркандской области.

**Материалы и методы.** В городской семейной поликлинике № 3 с обслуживанием населения 27266 человек, методом случайной выборки были отобраны 4 участка, с закрепленным населением – 6622 человек. На диспансерном учете состояли 88 больных с эндокринной патологией: СД 2-типа – 45% больных, СД 1-типа – 5%, ожирением – 12,5%. Среди заболеваний щитовидной железы преобладали: узловой и смешанный зоб (20%), – гипотиреоз (7,5%), диффузно-токсический зоб - (6,5%), эндемический зоб - (3,5%). Изучение качества медицинской помощи эндокринологическим больным в условиях сельского здравоохранения проводили в СВП «Гуругли» Пахтачинского района Самаркандской области. СВП обслуживает население численностью 4467 человек. На учете состоит 126 больных с эндокринной патологией. Из них с СД 2-го типа – 3,2% больных, СД 1-типа – 0,8%, ожирением – 0,8%. С заболеваниями щитовидной железы 118 пациентов (95,2%), среди которых – гипотиреоз (1,7%), диффузно-токсический зоб - (1,7%), эндемический зоб 2 и 3 степени (94,9%), узловой зоб (1,7%).

**Результаты и обсуждение.** Оказание лечебно-профилактической помощи больным с эндокринной патологией осуществляется врачами общей практики (ВОП), согласно пакету услуг, утвержденному приказом Министерства Здравоохранения РУз № 80 от 18.03.10 г., [7]. Согласно этого приказа, заболевания, оказываемые ВОП больным с эндокринной патологией первой категории относятся: сахарный диабет 2 типа, ожирение, эндемический зоб и гипотиреоз.

Оценка качества тактики ведения пациентов с СД-2 типа показало, что регулярно посещали поликлинику 76,4% больных, адекватное лечение получали 55% из них, поэтому только в 37,2% случаев отмечено улучшение состояния. 31,4% больных состояние осталось без изменения, а в 31,4% - отмечено его ухудшение. Проведенная реабилитация была принята удовлетворительной у 45% лиц.

Среди больных с заболеваниями щитовидной железы, были взяты на учет 82,8% больных. Регулярно посещали врача лишь 48,3% пациентов, адекватное лечение было назначено в 34,5% случаев, поэтому только у 13,8% отмечено улучшение состояния. У 82,8% больных состояние осталось без изменений, а в 3,4% случаев состояние ухудшилось. Реабилитация больных с заболеваниями щитовидной железы была удовлетворительной только у 17,2% больных.

Таким образом, анализ качества эндокринологической помощи в городской поликлинике показал, что больным сахарным диабетом и ожирением медицинская помощь была оказана более квалифицированно, они чаще посещали врача, поэтому результаты реабилитации оказались лучше. Больные с заболеваниями щитовидной железы, получали менее квалифицированную помощь, реже посещали лечебное учреждение, соответственно реабилитация данных пациентов была значительно хуже.

Оценить качество медицинской помощи больным сахарным диабетом и ожирением в СВП «Бабур» оказалось сложным в связи с незначительным количеством пациентов. Возможно, это связано с тем, что врачи не работают с пациентами из группы риска, не проводят скрининг с измерением роста и веса и вычислением индекса массы тела, не выявляют своевременно больных с этой патологией. Вероятно, больные с СД состоят на учете у эндокринолога в областном эндокринологическом диспансере.

Среди больных с заболеваниями щитовидной железы состояли на учет 97,5 % пациентов, регулярно медицинское учреждение посещали лишь 52,5% больных, адекватное лечение назначено в 5,1% случаев. В результате у 4,2% отмечено улучшение состояния, у 94,1% больных оно не изменилось, а в 1,7% состояние даже

ухудшилось. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями щитовидной железы была отмечена удовлетворительной только у 1,7% лиц.

**Заключение.** Несмотря на улучшение оснащения СВП и широкие возможности ВОП по проведению профилактики, раннего выявления и лечения эндокринологических заболеваний, пациенты редко посещают СВП, медицинская помощь, не всегда квалифицированная, в связи с чем, состояние больных нередко остается без изменений. для повышения качества оказываемых услуг эндокринологическим больным необходимо обучение врачей первичного звена здравоохранения.

### *Список литературы*

1. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни, 1996.
2. *Геппе Н.А. и др.* Лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторно-поликлинической практике: результаты международной наблюдательной неинтервенционной программы "Эрмитаж" // Терапия, 2017. № 8. С. 63-78.
3. *Геппе Н.А. и др.* Лечение ОРВИ и гриппа в амбулаторно-поли-клинической практике: результаты международной наблюдательной неинтервенционной программы «ЭРМИТАЖ» // Терапия, 2017. Т. 8. № 18. С. 63-78.
4. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.
5. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1.
6. *Лапасов С.Х. и др.* Результаты оценки качества диагностики и лечения больных сахарным диабетом 2 типа в условиях первичного звена медико-санитарной помощи // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2017. № 2. С. 134-137.
7. *Лапасов С.Х., Хусинова Ш.А., Хакимова Л.Р.* Повышение качества информированности беременных женщин о подготовке к родам и методам контрацепции // Сборник статей, 2019. № 1.
8. *Лапасов С.Х. и др.* Диагностика, лечение и профилактика инфекций мочевых путей у небеременных женщин в условиях первичного звена медико-санитарной помощи (обзор литературы) // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов Health, Demography, Ecology., 2017. С. 463.
9. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
10. *Юсупов Ш.А., Исламова Д.С., Гаффаров У.Б.* Структура патологии гастродуоденальной зоны у детей с дискинезией желчного пузыря // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки, 2014. Т. 2. № 7. С. 73-74.
11. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.
12. *Юсупов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. №.3.
13. *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.

14. Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М. Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино, 2001.
15. Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж. Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
16. Шамсиев Ж.А. Декомпрессия кишечника в комплексе лечения разлитого гнойного перитонита, осложненного паралитической кишечной непроходимостью у детей: Дисс..... канд. мед. наук // Шамсиев Ж.А. Автореф. канд. дисс. Ташкент, 2003.
17. Шамсиев Р.А. Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) // Journal of biomedicine and practice, 2018. Т. 2. С. 32-36.
18. Шамсиев Р.А. Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Вісник наукових досліджень, 2016. № 4. С. 49-51.
19. Шамсиев А.М., Зайниев С.С. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.
20. Lapasov S. K. et al. Результати оцінки якості діагностики і лікування хворих на цукровий діабет II-типу в умовах первинної ланки медико-санітарної допомоги // Здобутки клінічної і експериментальної медицини, 2017. № 2.
21. Davlatov S.S., Kasimov S.Z. Extracorporeal technologies in the treatment of cholemic intoxication in patients with suppurative cholangitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 175-179.
22. 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.
23. Kasimov S. et al. Haemosorption in complex management of hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8.
24. Slepov V.P. et al. Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // Klinicheskaia khirurgiia, 1981. № 6. С. 78.
25. Zayniev S.S. Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
26. 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.
27. Shamsiyev A., Davlatov S. A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research., 2017. С. 80-83.
28. Shamsiev A.M., Zayniev S.S. Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомиєліту // Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.

# БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ЛЕЧЕБНЫМ ПЛАЗМАФЕРЕЗОМ

Мадашева А.Г.<sup>1</sup>, Жураева М.З.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Мадашева Анажон Газхановна – ассистент,  
курс гематологии,

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд;

<sup>2</sup>Жураева Муниса Закировна – ассистент,  
кафедра гематологии,

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент,  
Республика Узбекистан

**Аннотация:** *представлены данные по клинической картине тяжелых форм псориаза. Приведены результаты комплексной терапии, включающей процедуру плазмафереза в сочетании со стандартными методами лечения. Результаты проведенного исследования показали, что данный алгоритм терапии позволил сократить время пребывания в стационаре, а также продлить ремиссию заболевания.*

**Ключевые слова:** *псориаз, клиника, плазмаферез, фармакотерапия, биохимические показатели.*

**Актуальность.** Учение о псориазе имеет многовековую историю. По свидетельству Роберта Виллана (Willan, 1809), термин «psoriasis» впервые применил знаменитый римский врач и естествоиспытатель Клавдий Гален (ок. 129г.-ок. 201г. до н.э.). Однако «psoriasis» у Галена называл поражение век и углов глаз с образованием чешуек, а также чешуйчатое поражение кожи мошонки со значительным зудом и экскориациями [23-26].

Псориаз - распространенный хронический воспалительный дерматоз мультифакторной природы, ассоциированный с такими системными заболеваниями и состояниями, как ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия и метоболический синдром, а также с повышенным риском сердечно - сосудистых заболеваний, инфаркт миокарда и инсульт [7-9]. Несмотря на пристальное внимание ученых к вопросам разработки новых методов лечения и профилактики заболевания, псориаз и сегодня остается актуальной проблемой дерматологии. Распространенность данного дерматоза продолжает расти как в Узбекистане, так и за рубежом. Отдельного внимания заслуживают тяжелые распространенные формы заболевания, а именно экссудативный, эритродермический, псориатический артрит. Самой частой разновидностью заболевания является хронический бляшечный псориаз, характеризующийся четко очерченными папулами и бляшками, покрытыми серебристо-белыми чешуйками. Сыпь как правило, симметрична, однако возможно и одностороннее, зостериформное расположение бляшек. Высыпания могут держаться месяцами и годами, локализуясь в одной или нескольких «излюбленных» областях: на коже волосистой части головы, локтей, коленей, ладоней и подошв, пояснично-крестцовой области, меж ягодичной складки [11-18].

**Псориатическая эритродермия** может развиваться за счет постепенного прогрессирования псориатического процесса, слияния бляшечных элементов. Данная форма заболевания развивается чаще вследствие воздействия неблагоприятных факторов, а именно избыточной инсоляции, передозировки ультрафиолетовых лучей и назначения их в прогрессирующей стадии заболевания. Привести к эритродермии могут нерациональная наружная терапия, в том числе применение раздражающих средств до перехода процесса в стационарную стадию, назначение антималярийных препаратов, пенициллина и других препаратов, резкая отмена глюкокортикостероидов [26-30]. Псориатическая эритродермия характеризуется

поражением практически всего кожного покрова. Кожа приобретает ярко-красный цвет, становится отечной, в различной степени инфильтрированной, отмечается обильное мелко- и крупнопластинчатое шелушение. Нередко состояние сопровождается сильным зудом. Псориатической эритродермии сопутствует изменение общего состояния: появляется слабость, недомогание, высокое температура, снижение аппетита. Состояние сопровождается глубокими метаболическими нарушениями [14-18].

**Псориатический артрит** развивается у 5,94-23,9% пациентов и более, страдающих псориазом. Псориатический артрит может предшествовать высыпаниям на коже, дебютировать одновременно или наступить после кожных проявлений. В 75% случаев поражение кожи предшествует артриту, в 10% происходит одновременно, в 15% случаев псориатический артрит может предшествовать высыпаниям на коже [9-11].

Рентгенологически различные изменения костно-суставного аппарата могут обнаруживаться без клинических признаков поражений суставов. Наиболее часто это окколосуставной остеопароз, сужение суставных щелей, остеофиты, кистозные просветления костной ткани, реже – эрозии костей, анкилозы мелких суставов [6-9].

Псориатический артрит, развившийся на фоне эритродермии или пустулезного псориаза, часто протекает тяжело, с нарушением общего состояния и функции внутренних органов. За рубежом и в Российской Федерации комплексной терапии псориаза, а также ряда других дерматозов широкое применение нашли экстракорпоральные методы, в частности мембранный плазмаферез, зарекомендовавший себя как дополнительный метод в качестве высокоэффективного средства лечения многих заболеваний. Эффективное лечение псориаза и его тяжелых форм является актуальной проблемой медицины. Требуется более широкое изучение и внедрения в лечебную практику такой метод как плазмаферез (ПФ) [14-18]. ПФ оказывает очень хороший эффект, в первую очередь в лечении тяжелых форм псориаза, это один из видов эфферентной терапии, направленной на выведение из организма различных патологических продуктов (лат. *effereus* – удаление) [11-18]. В нашей стране также накоплен положительный опыт применения плазмафереза в терапии кожных заболеваний, однако в силу различных причин методика применяется реже.

При псориазе плазмаферез показан больным с эритродермией, а также пациентам с экссудативной формой заболевания. Имеются сообщения об эффективности данного метода в качестве дополнительного лечения при псориатическом артрите. При псориазе курс лечения состоит из 7-10 процедур с интервалом 1-2 дня с удалением по 800-1000 мл плазмы за одну процедуру. После первой процедуры плазмафереза уровень циркулирующих иммунных комплексов в крови возрастает (феномен рикошета), что свидетельствует о перемещении их из тканей в кровяное русло, в связи с чем возможно обострение патологического процесса. Последующие процедуры сопровождаются ускоренным разрешением высыпаний на коже [5,9]. Возможно разделение терапии псориаза с использованием плазмафереза на два этапа: на 1 этап проводят курс плазмафереза, а в последующем, при стабилизации патологического процесса и отсутствии свежих высыпаний переходят ко 2 этапу – к назначению ультрафиолетового облучения, фотохимиотерапии, цитостатиков или синтетических ретиноидов. Критериями эффективности лечения служат снижение инфильтрации и последующий регресс папул и бляшек, увеличение количества Т-лимфоцитов, стимуляция фагоцитирующей активности нейтрофилов, элиминация из крови циркулирующих иммунных комплексов. Проведение 2-3 курсов такой терапии приводило к клиническому улучшению у 78% больных.

**Цель исследования.** Изучить влияние плазмафереза на эффективность комплексной терапии тяжелых форм псориаза и сопоставит биохимические показатели

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 47 пациента с торпидным плохо поддающимся лечению псориазическим процессом на коже. У части пациентов высыпаниями на коже сопутствовал псориазический артрит. Все пациенты получали ранее методики и препараты «резерва»: ПУВА –терапия, метотрексат, системные ретиноиды. Больные в возрасте от 21 до 61 лет, (средний возраст  $41,1 \pm 1,7$  лет), с длительностью заболевания от 3 до 33 лет, проходившие курс стационарного лечения в дерматологическом отделении Самаркандском городском и областном кож- вен диспансере. Период госпитализации составлял от 21 до 30 дней. Всех больных разделили на 2 группы. В 1-ю группу вошли 27(53,4) больных (11 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 27 до 61 лет (средний возраст  $43,8 \pm 2,2$  лет). Во 2-ю группу вошли 20(46,6%) пациентов (11 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 31 до 59 лет(средний возраст от  $44,7 \pm 2,8$ ), получивших лечебный плазмаферез. Пациенты получали комбинированную терапию, включающую дезинтоксикационные средства (Сорбикал 0,9% раствор натрия хлорида), гепатопротекторы, седативные и антигистаминные препараты( при наличии выраженного зуда), наружные средства. Больные второй группы в комплексную фармакотерапию включен мембранный плазмаферез. До начала плазмафереза больным проводили: ЭКГ и лабораторные обследование, включавшее клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, исследования методом иммуноферментного анализа на сифилис, гепатит В, С и ВИЧ- инфекцию. Клинический анализ крови и мочи у больных псориазом находились в пределах возрастной нормы. В результате биохимических исследований крови до лечения у больных были выявлены повышения уровней щелочной фосфатазы (ЩФ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), а также общего билирубина. Изменение липидных показателей в сыворотке крови до лечения у больных псориазом были выражены в увеличении количества общих липидов(ОЛ) при незначительном снижении холестерина (ХС) и увеличении триглицеридов (ТГ). Процедуру проводили на портативном аппарате Гемофеникс - Российского производства, с помощью фильтра ПФМ-ТТ «Роса» с магистральями одноразового применения. Объем удаляемой плазмы составлял 600-800 мл на каждый сеанс, курсом по 8-10 сеансов через день. В качестве замещающей жидкости использовали 0,9% раствор хлорида натрия по 500,0 мл. Результаты терапии оценивали по степени очищения кожи от псориазических высыпаний (PASI индекс распространенности и тяжести псориаза, диапазон 1-72 балла) и длительности лечения. DLQI (Дерматологический индекс качества жизни, диапазон 1-30 баллов).

**Результаты и обсуждение:** согласно нашим наблюдениям, наиболее эффективной оказалась методика комбинированной терапии с включением процедур плазмафереза, что отразилось в ходе оценки индексов PASI и DLQI, а также динамики биохимического анализа крови. На момент выписки пациенты второй группы которые получали медикаментозное лечение и плазмаферез существенно опережали первую группу по PASI и DLQI. В отношении динамики показателей биохимического анализа крови было отмечено следующее: у пациентов 2-й группы наблюдалась более выраженная нормализация печеночных трансаминаз. В клиническом анализе крови не было выявлено выраженных изменений, непосредственно связанных с каким-либо конкретным методом терапии. Если до лечения отмечались отклонения в ту или иную сторону, то на момент выписки большинства показателей приблизились или достигли границ нормальных значений как у первой так и у второй группы. Следует отметить, что у пациентов 2-й группы клиническое выздоровление наступило быстрее, а период ремиссии, согласно данным наблюдения в течение 1,5 года, у этой группы пациентов удлинялся.

**Выводы:** Таким образом, сопоставляя результаты 1-й и 2-й группы больных позволяют утверждать, что методика комплексной фармакотерапии псориаза в сочетании с плазмаферезом позволит сократить время пребывания в стационаре, продлить ремиссию заболевания, а в перспективе возможно снизить дозировку или даже отказаться от использования препаратов резерва, обладающих токсичными свойствами и множеством побочных эффектов. Ввиду широкого применения плазмафереза в различных отраслях медицины целесообразно внедрение данного метода в клиническую практику для лечения псориаза. Благодаря простоте и доступности используемых средств делает процедуру ПФ безопаснее. В ходе такой обработки из плазмы удаляется от 30 до 50 % таких метаболитов, как липопротеины, продукты деградации фибриногена - фибрина, коллаген, бактерии, вирусы, грибы, ЦИК, Ig M,A,G более 80% криоглобулинов, около 90% фибронектина.

### *Список литературы*

1. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент. 1996.
2. *Давлатов С.С.* Новый метод детоксикации организма в лечении больных гнойным холангитом //Журнал МедиАль, 2013. № 3 (8).
3. *Давлатов С.С.* Дифференцированный подход к лечению больных с холангитом //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука, 2015. Т. 68. № 4.
4. *Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М.* Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом //Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.
5. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей //Bulletin of Experimental & Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1.
6. *Мадашева А.Г., Махмудова А.Д.* Клинико-неврологические и нейромиеографические сопоставления у больных гемофилией // Врач-аспирант, 2012. № 5. С. 38.
7. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология агудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2015. № 4. С. 41-42.
8. *Хамракулова Н.О., Хушвакова Н.Ж., Дадажанов У.Д.* Цитологические особенности применения раствора Декасан и озонотерапии в лечении хронического экссудативного среднего отита при хроническом лейкозе //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2014. № 2-3.
9. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // Педиатрия, 2009. Т. 61. № 7.
10. *Юсупов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей //Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2009. Т. 86. № 3.
11. *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.
12. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Из-во «Ибн-Сино, 2001.
13. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
14. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // Детская хирургия, 2012. № 1.

15. *Шамсиев Ж.А.* Декомпрессия кишечника в комплексе лечения разлитого гнойного перитонита, осложненного паралитической кишечной непроходимостью у детей: Дисс..... канд. мед. наук // *Шамсиев Ж.А.* Автореф. канд. дисс. Ташкент, 2003.
  16. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // *European science*, 2017. № 7 (29).
  17. *Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аитов Р.Р.* Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // *Колопроктология*, 2017. №.3S. С. 49а-50.
  18. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба (Обзор литературы) // *Journal of biomedicine and practice*, 2018. Т. 2. С. 32-36.
  19. *Шамсиев Р.А.* Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // *Вісник наукових досліджень*, 2016. № 4. С. 49-51.
  20. *Davlatov S.S. et al.* Plasmopheresis in the treatment of cholemic endotoxiosis // *Академический журнал Западной Сибири*, 2013. Т. 9. № 1. С. 30-31.
  21. *Kasimov S. et al.* Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia // *The International Journal of Artificial Organs.*, 2013. Т. 36. № 8. С. 548.
  22. *Kasymov S.Z., Davlatov S.S.* Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // *ББК 51.1+ 74.58 Қ 22*, 2013. С. 85.
  23. *Rakhmanov K.E. et al.* The treatment of patients with major bile duct injuries // *Академический журнал Западной Сибири*, 2013. Т. 9. № 1. С. 33-34.
  24. *Saydullayev Z.Y. et al.* Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis // *The First European Conference on Biology and Medical Sciences*, 2014. С. 101-107.
  25. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // *Klinicheskaja khirurgija*, 1981. № 6. С. 78.
  26. *Sayit I.* Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication // *European science review*, 2016. № 7-8.
  27. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // *Вісник наукових досліджень*, 2017. № 4.
  28. *Shamsiyev A., Davlatov S.* A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // *International Journal of Medical and Health Research*, 2017. С. 80-83.
  29. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K.* Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2016. Т. 26. №. 2.
  30. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // *Journal of Experimental and Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
-

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Ганиев Ф.И.<sup>1</sup>, Шавкатов Х.Ш.<sup>2</sup>, Шопулатов Э.Х.<sup>3</sup>, Насимова Н.Р.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ганиев Фахриддин Истамкулович – ассистент;

<sup>2</sup>Шавкатов Хасан Шавкатович – ассистент;

<sup>3</sup>Шопулатов Эркин Холтожиевич – ассистент;

<sup>4</sup>Насимова Нигина Рустамовна – ассистент,

кафедра акушерства и гинекологии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в настоящее время пролапс тазовых органов является наиболее частой патологией у женщин репродуктивного возраста. Для этих пациенток является актуальным не только коррекция пролапса тазовых органов, но и поиск наиболее эффективных методов контрацепции. Лечение пролапса с одновременной контрацепцией для таких пациенток является актуальной проблемой современной гинекологии. В статье предложен метод трансвагинальной добровольной хирургической контрацепции, производимой одновременно с хирургическим лечением опущения и выпадения стенок влагалища. Изучены ближайшие и отдаленные результаты операции у женщин, которым во время оперативного лечения пролапса гениталий одновременно произведена трансвагинальная перевязка маточных труб.

**Ключевые слова:** трансвагинальной добровольной хирургической контрацепции, опущения и выпадения внутренних половых органов.

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной гинекологии является пролапс гениталий у женщин репродуктивного возраста. Это обусловлено тем, что опущения и выпадения внутренних половых органов по-прежнему остается в центре внимания врачей-гинекологов, что обусловлено не только тенденцией к увеличению частоты и тяжести данной патологии, но и тем, что вмешательства по поводу пролапса гениталий в структуре гинекологических операций по частоте занимают третье место и тенденцией увеличения частоты данной патологии. В структуре гинекологической заболеваемости опущение и выпадение внутренних половых органов составляет 1,7-28% [2-7].

Несмотря на повышение качества акушерской помощи, приблизительно у 50% всех женщин, рожавших в срок, отмечаются опущения половых органов различной степени выраженности, заболевание имеет широкий возрастной диапазон, кроме того, в последние годы отмечается заметное «омоложение» данной патологии и увеличение числа осложненных и рецидивирующих форм [10-18]. Проблема опущения половых органов становится все более актуальной и для женщин репродуктивного возраста. Несостоятельность мышц тазового дна, включающая опущения половых органов, является чрезвычайно частой патологией, наблюдаемой почти у трети женщин репродуктивного возраста [1-6]. В лечении опущения и выпадения внутренних половых органов ведущую роль играет хирургическое. В литературе детально описано свыше 300 способов хирургического лечения опущения и выпадения внутренних половых органов влагалищным, абдоминальным, лапароскопическим или комбинированным доступом, что свидетельствует об определенной степени несовершенства каждого из них. Однако высокая частота рецидивов заболевания (от 16 до 43%) свидетельствует о недостаточной эффективности применяемых в настоящее время хирургических методик [18-24]. В современных условиях, учитывая тенденцию к «омолаживанию» заболевания, генитальный пролапс представляется не только медицинской, но и личной, семейной, социальной проблемой, оказывающей

влияние на сексуальную, профессиональную и многие другие сферы жизни пациенток. Причины высокой заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста - это треть всех пациенток по данной нозологии - кроются в общем ухудшении здоровья женщины в популяции. Важнейшим фактором сохранения здоровья женщин, перенесших хирургическое вмешательство по поводу пролапса гениталий, является решение проблемы нежелательной беременности. Считается, что перенесенные пластические операции на половых органах являются абсолютным показанием к операции кесарево сечение [25-32]. Таким образом, женщины, оперированные по поводу пролапса стенок влагалища нуждаются в высокоэффективных методах контрацепции, таких, как добровольная хирургическая контрацепция. В связи с применением контрацепции рассматривается как одно из важнейших направлений в реабилитации женщин в процессе комплексного лечения пролапса гениталий. Известно, что при выборе метода контрацепции необходимо учитывать репродуктивные намерения и опыт пациенток, которые являются ведущим фактором контрацептивного поведения [3-8]. Изучением этих вопросов у женщин с пролапсом гениталий исследователи не занимались.

**Целью** настоящего исследования явилась разработка рекомендаций по оптимизации хирургической коррекции пролапса гениталий и выбору эффективного метода контрацепции для женщин репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 105 женщин репродуктивного возраста с пролапсом гениталий, которые поступали в гинекологическое отделение родильного комплекса №3 города Самарканда в период с 2012 по 2016 годы.

**Критериями включения в исследование являлись:** 1. Наличие пролапса различной степени. 2. Пролапс гениталий в сочетании с элонгацией шейки матки. 4. Хирургическое лечение по поводу ОиВВПО. 5. Обязательное наличие письменного информированного согласия пациентки на проведение исследования и ДХК.

С целью сравнительной оценки эффективности использования различных методов добровольной хирургической контрацепции обследованные женщины были разделены на группы: А – 60 женщин, которым во время оперативного лечения пролапса гениталий одновременно произведена трансвагинальная окклюзия маточных труб (основная группа); Б – 45 женщин, которым первым этапом перед хирургической коррекцией пролапса тазовых органов проведена минилапаротомия и ДХК (контрольная группа). Обследование женщин начинали с изучения анамнеза. Из анамнеза выясняли возраст, перенесенные гинекологические и экстрагенитальные заболевания, операции. Обращали внимание на длительность заболевания, характер и эффективность проводимых ранее лечебных мероприятий. При изучении менструальной функции обращали внимание на возраст менархе, характер менструальной функции (продолжительность менструации, интенсивность, наличие болевого синдрома), ритм продолжительность цикла. Отмечали возраст начала половой жизни, методы контрацепции, использованные ранее. При анализе репродуктивной функции обращали внимание на количество беременностей, родов, аборт, особенности их течения осложнения. Особенно обращали внимание на акушерские травмы мягких тканей родовых путей и эффективность их восстановления. Исключали хронические воспалительные заболевания органов малого таза, осложнения беременности и родов, оперативные влагалищные методы родоразрешения, пособия и другие состояния организма, которые могли привести к акушерскому травматизму шейки матки и стенок влагалища. Дополнительно изучены: род занятий, место жительства, профессиональная деятельность, особенности условий труда и быта, наличие физических нагрузок, виды дополнительных нагрузок (работа на приусадебном и дачном участке, содержание в хозяйстве крупного и мелкого домашнего скота). Наследственная предрасположенность выяснялась из анамнеза. Возрастной диапазон находился в

пределах 20-45 лет. В основном, это были женщины возрастной категории 31-40 лет (52%). Средний возраст больных составил  $37,3 \pm 2,5$  лет.

**Результаты и обсуждение.** Из общего числа обследованных больных жительниц города было 66 (62,5%), села – 35 (37,5%). Многие обследованных женщин имели по 2-3 родов (48,7%). У 28 (27,5%) женщин в анамнезе были одни роды, а у 24 (23,8%) – 4 и более. Паритет составил  $2,52 \pm 0,7$ , т.е. на одну женщину пришлось по  $2,52 \pm 0,7$  родов. Репродуктивная функция характеризовалась большим числом родов, которые сопровождались риском травматизмом промежности (при этом масса новорожденного более 4000гр была у 28%), частотой абортотв. При обследовании женщин воспалительного характера выявлены в 100% случаев. Из 80 женщин, имевших в анамнезе роды, все 80 связывали свое заболевание с родами. Больше половина пациенток – 55 (52,5%) имели в анамнезе до 4 искусственных абортов.

Согласно Международной классификации болезней диагноза у изучаемого контингента больных были распределены следующим образом (табл.1).

Таблица 1. Распределение исследуемых пациенток по диагнозам

Диагноз	n	%
Элонгация шейки матки в сочетании со старым разрывом промежности	15	18,75
Опущение стенок влагалища с рубцовой деформацией шейки матки, цистоцеле	45	56,25
Опущение стенок влагалища с элонгацией шейки матки, цистоцеле	12	15
Опущение шейки матки в сочетании со старым разрывом промежности	8	10
Всего	80	100

Всем пациенткам в плановом порядке было проведено хирургическое лечение. Как видно из таблицы преобладающим методом оперативного лечения пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста является передняя и задняя кольпоперинеорафия. Восстановление тазового дна у всех женщин производилось за счет собственных тканей. У всех пациенток использовался влагалищный доступ. Отмеченные тенденции к улучшению качества половой жизни, говорят о положительном влиянии устранения генитального пролапса с одновременной ДХС на качество жизни женщин.

**Выводы:** 1. Оптимизация хирургической коррекции пролапса гениталий с одновременной трансвагинальной перевязкой маточных труб у женщин репродуктивного возраста устраняет основную патологию и обеспечивает надежным методом контрацепции. 2. Данный метод хирургического лечения пролапса с одновременной трансвагинальной ДХК, не влияет на продолжительность.

### Список литературы

1. Ганиев Ф.И., Негмаджанов Б.Б., Маматкулова М.Д. Лечебная тактика при сочетанной гинекологической и хирургической патологии //ООО «Махлиyo-shifo» & V, 2013. С. 100.
2. Гариб Ф.Ю. и др. Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
3. Зайниев С.С., Бургутов М.Д., Махмудов З.М. Некоторые показатели антиинфекционной резистентности и эндогенной интоксикации у детей с хроническим гематогенным рецидивирующим остеомиелитом // Вестник Российского государственного медицинского университета, 2006. № 2. С. 250-250.

4. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // *Bulletin of Experimental & Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. № 1.
5. *Кондаков В.Т. и др.* Модифицированная методика операции Иванисевича при варикоцеле у детей // *Клиническая хирургия*, 1992. № 6. С. 9-12.
6. *Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А.* Функциональная морфология агудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом // *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*, 2015. № 4. С. 41-42.
7. *Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б.* Основы педиатрической андрогинекологии. Хирургические аспекты // *Андрол и генит хир.*, 2002. Т. 2. С. 70-5.
8. *Окулов А.Б., Негмаджанов Б.Б.* Секстрасформационные операции при нарушениях органов репродуктивной системы // *Пробл. эндокринол.*, 1993.
9. *Окулов А.Б., Богданова Е.А., Негмаджанов Б.Б.* Ректосигмоидальная вагинопластика с реконструкцией шейки матки при аплазии влагалища и гемагометре // *Реконструктивная хирургия и реабилитация репродуктивной функции у гинекологических больных*. М., 1992. С. 54.
10. *Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б.* Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов // *Андрология и генитальная хирургия*, 2005. Т. 6. № 1. С. 20-22.
11. *Раббимова Г.Т., Негмаджанов Б.Б.* Оценка эффективности лечения и профилактики осложнений у беременных с вагинальной инфекцией // *Здоровье и образование в XXI веке*, 2017. Т. 19. № 1.
12. *Раббимова Г.Т., Негмаджанов Б.Б.* Регуляция кардиоритма беременных при преэклампсии тяжелой степени // *ББК 51.1+ 74.58 Қ 22*, 2013. С. 125.
13. *Маматкулова М.Д. и др.* Грибковое поражение вульвы и влагалища у женщин с искусственным влагалищем // *ООО «Maxliyo-shifo» & V.* С. 101.
14. *Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э.* "Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба". *Врач-аспирант*. 6 (2009): 467-471.
15. *Негмаджанов Б.Б., Шавкатов Х.Ш., Маматкулова М.Д.* Хирургическое лечение повторного пролапса матки и стенок влагалища после гистровентрофиксации // *International scientific review of the problems and prospects of modern science and education*, 2017. С. 83-85.
16. *Насимова Н.Р.* Добровольная хирургическая контрацепция женщин репродуктивного возраста, страдающих пролапсом тазовых органов // *Наука и Мир*. – 2015. – Т. 2. – №. 1. – С. 95-97.
17. *Юсунов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // *Педиатрия*, 2009. Т. 61. № 7.
18. *Юсунов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*, 2009. Т. 86. № 3.
19. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Из-во «Ибн-Сино», 2001.
20. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. O'qituvchi, 2006.
21. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // *Детская хирургия*, 2012. № 1.
22. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // *European science*, 2017. № 7 (29).
23. *Шамсиев Ж.А., Саидов М.С., Аипов Р.Р.* Ультразвуковая сонография в диагностике аноректальных мальформаций у детей // *Колопроктология*, 2017. № 3S. С. 49а-50.

24. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // *Journal of biomedicine and practice*, 2018. Т. 2. С. 32-36.
25. *Шамсиев Р.А.* Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба // *Вісник наукових досліджень*, 2016. № 4. С. 49-51.
26. *Якубова Г.К., Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б.* Влияние сахарного диабета I-го типа на становление менструальной функции у девушек-подростков // *Врач-аспирант*, 2010. Т. 39. № 2.2. С. 275-278.
27. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate // *European science review*, 2017. № 1-2.
28. *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.
29. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver // *World journal of surgery*, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
30. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia // *The International Journal of Artificial Organs.*, 2013. Т. 36. № 8.
31. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children // *Klinicheskaja khirurgiia*, 1981. № 6. С. 78.
32. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children // *Journal of Experimental and Clinical Surgery*, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
33. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомієліту // *Вісник наукових досліджень*, 2017. № 4.
34. *Shamsiev A.M., Yusupov S.A., Shahriev A.K.* Ефективність ультразвукової сонографії при апендикулярних перитонітах у дітей // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2016. Т. 26. № 2.



ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ»  
HTTP://SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU  
EMAIL: INFO@SCIENTIFICPUBLICATIONS.RU

 РОСКОМНАДЗОР  
СВИДЕТЕЛЬСТВО ПИ № ФС 77-62928

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ  
БИБЛИОТЕКА  
 LIBRARY.RU

 Google™  
scholar

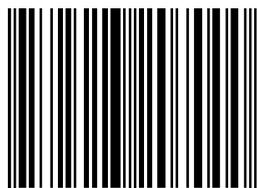


Вы можете свободно делиться (обмениваться) — копировать и распространять материалы на любом носителе в любом формате и адаптировать (создавать производные материалы) — делать ремиксы, видоизменять и создавать новое, опираясь на эти материалы. С указанием авторства.

Вы должны обеспечить соответствующее указание авторства, предоставить ссылку на лицензию, и обозначить изменения, если таковые были сделаны.

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.ru>

ISSN 2413-2071



9 772413 207000