



Sog'liqni saqlash
vazirligi



Oliy ta'lim, fan va
innovatsiyalar vazirligi



Andijon davlat
tibbiyot instituti



+998-74-223 94-60



www.adti.uz



Yu.Atabekov 1-a uy

“TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARIGA INNOVATSION YONDOSHUV”

RESPUBLIKA YOSH OLIMLAR ILMIY-AMALIY ANJUMANI

MATERIALLARI



29-mart
2024
ANDIJON



TIBBIYOTNING DOLZARB MUAMMOLARIGA INNOVATSION YONDASHUV 2024

**RESPUBLIKA YOSH OLIMLAR
ILMIY-AMALIY KONFERENSIYASI**

TAHRIRIYAT JAMOASI

BOSH MUHARRIR

M.M.Madazimov

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARLARI

K.Z.Salaxiddinov, J.A.Johongirov, Sh.Y.Bustanov

TAHRIRIYAT HAY'ATI A'ZOLARI

B.R.Abdullajonov, Z.S.Saloxiddinov, X.T.Musashayxov,
M.E.Abdullayeva, L.S.Xudoyberdiyeva, M.R.Mamajonova,
N.Sh.Buranova, M.M.Kuzibayeva, N.A.Mamatova

KOMPYUTER GRAFIK MUHARRIRLARI

F.A.Abdulxodimov,, A.F.Rashidov

**ANDIJON
29-MART, 2024-YIL**

KICHIK MAKTAB YOSHIDAGI BOLALAR KALLA KO‘RSATKICHI TAHLILI

Adhamov Sh.A., Ulug‘bekova G.J.

Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, O‘zbekiston

Tadqiqotning dolzarbligi Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) bolaning jismoniy rivojlanishini bolaning sog‘lig‘i holatining umumiy ko‘rsatkichi va yosh bolalarning jismoniy rivojlanishi ko‘rsatkichlarini alohida mintaq, mamlakat jamiyatning ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanishini baholash mezoni sifatida belgilaydi JSST yosh bolalarning jismoniy rivojlanishi monitoringini tibbiyot xodimlari yosh bolalarda o‘lim va kasallanish darajasini pasaytirish borasida amalga oshirilayotgan eng samarali tadbirlardan biri deb hisoblaydi

Tadqiqot maqsadi Kichik maktab yoshidagi bolalarda kalla ko‘rsatkichini tahlil qilish: o‘rishini dinamikada kuzatish, shakllanish muddatlari, o‘rish va rivojlanish qonuniyatlarini o‘rganish (Izboskan tumanida yashovchi bolalardan olingan morfometrik ko‘rsatkichlar misolida)

Tadqiqot material va usullari Ilmiy tadqiqotning materiali sifatida Izboskan tumanida yashovchi 7-12 yosh toifasidagi jismoniy va aqliy jihatdan har tomonlama sog‘lom 180 nafar jismoniy va aqliy jihatdan sog‘lom o‘g‘il va qiz bolalar olindi Tekshirishni olib borishda morfometrik va variatsion-statistik usullar qo‘llanildi Kranimetrik ko‘rsatkichlarni o‘lchash deganda kallaning aylana, bo‘ylama va ko‘ndalang o‘lchamlarini aniqlashni nazarda tutiladi Kallaning bo‘ylama va ko‘ndalang diametrlarini o‘lchashda akusherlar tazomeri ishlatildi Tadqiqot natijalari Organizmning o‘rish jarayonida kallaning bo‘ylama diametri ko‘ndalang diametriga qaraganda tezroq kattalashadi, buning oqibatida bosh ko‘rsatkichi kichiklashib boradi Guruhlardagi tekshiriluvchilarda kallaning bo‘ylama diametri uning ko‘ndalang diametridan kattaroq o‘lchamga ega, bu tananing uzunligiga bog‘liq Shu sababli uzun bo‘yga ega kishilarning kalla ko‘rsatkichi past bo‘yilarga qaraganda kichikroq bo‘ladi Morfometrik tahlillarga ko‘ra o‘g‘il bolalarda kalla ko‘rsatkichi 7 yoshda 86,74, 10 yoshda 89,08 va 12 yoshda esa 92,14 ga teng boladi Qiz bolalarda ushbu ko‘rsatkich 7 yoshda 92,32, 10 yoshda 92,38, 12 yoshda bo‘lsa 91,44 ni tashkil etishi olib borilgan morfometrik olchashlar natijalaridan ma‘lum boldi 7 yoshdan to 12 yoshgacha bo‘lgan og‘il bolalarda ko‘rsatkich 86,74 dan 92,14 gacha ortib borishi kuzatilsa, ushbu yosh oralig‘idagi qiz bolalarda 92,32 dan 91,44 ga o‘zgarib boradi Kichik maktab yoshidagi bolalarning kranimetrik ko‘rsatkichlari orasida jinsga bog‘liq tafovutlar kuzatiladi Kalla ko‘rsatkichini qo‘yidagicha tahlil qilish mumkin: 74,9 gacha – dolixokraniya; 75,0-79,9 – mezokraniya; 80,0 va undan yuqori bo‘lsa – braxikraniya Xulosa Kalla suyagining miya qismi kranimetrik ko‘rsatkichlarida ikkala jinsdagi kichik maktab yoshidagi bolalarda muttasil o‘rish jarayonini kuzatish mumkin Olib borilgan morfometrik tekshirishlar tahliliga ko‘ra Izboskan tumanida yashovchi bolalarda kichik maktab yoshidagi bolalarning kalla suyagi braxikraniya tipida bo‘ladi.



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA VIRUSLI GEPATITLAR
TARQALGANLIGINING EPIDEMIOLOGIK TAHLILI**

Chutboyev B.R., Soatova N.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali.

Dolzarliligi: Bugungi kunda O‘zbekistonda Virusli hepatitlar juda keng tarqalgan bo‘lib bir-biriga o‘xshash olti xil hepatit tushuniladi, bular A, B, C, D, E, G viruslari qo‘zg‘atadigan kasalliklardir Ular yuqishiga qarab og‘iz orqali (A, E) va parenteral yo‘l bilan yuqadigan (B, C, D, G) xillarga ajratiladi A va E virusli hepatitlarda viruslar bemorning axlati orqali tashqi muhitga chiqadi Shuning uchun axlat, suv, oziq – ovqat mahsulotlari, bemor foydalangan buyum va jihozlardan zararlanish xavfi yuqori hisoblanadi. Butunjahon sog‘liqni saqlash tashkilotining 2022 yilgi rasmiy ma‘lumotiga ko‘ra hepatit B va C turlari tufayli har yili jahonda 1,4 million odam vafot etadi Bu esa OIV/OITS va bezgakdan yuqori ko‘rsatkich hisoblanadi Maqsadi: O‘zbekiston Respublikasida virusli hepatitlar tarqalganligining epidemiologik tahlili qilish Tadqiqot materiallari va usullari O‘zbekiston Respublikasi Sanitariya – epidemiologik osoyishtalik va jamoat salomatligi qo‘mitasi va uning Surxondaryo viloyati Boshqarmasining virusli hepatit kasalligi bo‘yicha rasmiy ma‘lumotlari va hisobotlari, virusli hepatit kasalligi bilan kasallanib davolangan bemorlarning yuqumli kasallik o‘chog‘ini epidemiologik tekshirish karta ma‘lumotlari olingan Tadqiqotda epidemiologik va statistik usullaridan foydalanilgan Tadqiqot natijalari: Respublikamiz bo‘ylab 2022–yilning o‘zida o‘tkir virusli hepatitlar bilan 29460 kasallanish xolatlari aniqlangan Jami aniqlangan o‘tkir virusli hepatitlarning 99,1% ni virusli hepatit A, 0,43% virusli hepatit B, 0,40% ni virusli hepatit C, 0,0% ni virusli hepatit E tashkil qilgan Virusli hepatit B bilan 2022 yilda kasallanishlarning mutloq ko‘rsatkichlari 2021 yilga (7903 ta kasallanish xolati) qaraganda 26,82 % ko‘proqni tashkil qiladi Virusli hepatitlar bilan kasallanish xolatlari yildan yilga ko‘payib bormoqda Buning asosiy sababi profilaktik chora tadbirlarning keng qo‘llanilmasligi va aholi orasida maxsus profilaktikani keng ko‘lamda amalga oshirishning imkoni yo‘qligi (Virusli hepatit A bilan emlash) xisobigadir Virusli hepatitlar bilan kasallanishlarning xududiy kesimda taxlil qilganimizda 14 ta ma‘muriy xudud bo‘yicha turli xil kasallanish xolatlari aniqlandi Bulardan kasallanish xolatlari quyidagilarni tashkil qilgan: Samarqand viloyatidan jami kasallanganlarning 28,0% , Qashqadaryo viloyatidan 29,4% , Surxondaryo viloyatidan 20,1% , Toshkent shaxridan 3,9% ni, Farg‘ona qiloyati 3,8 % ni, Toshkent viloyati 3,8% ni, Andijon viloyati 2,0 % ni, Namangan viloyati 3,8 % ni, Jizzax qiloyati 1,6 % ni, Buxoro viloyati 0,5% ni, Qoraqalpog‘iston Respublikasi 0,9% ni, Xorazm viloyati 0,3 % ni va Navoiy qiloyati 0,8 % ni qayd qilingan Bundan ko‘rinib turibdiki mamlakatimizda kasallanishning xududiy taxlil qilganimizda Qashqadaryo viloyatida kasallanish qolgan ma‘muriy xududlarga qaraganda ko‘proqni tashkil qilgan bo‘lib va eng kam kasallanish xolati Xorazm viloyatida qayd qilingan ma‘lumotlarni olindi. Surxondaryo viloyatida virusli hepatitlarni tarqalganligini tahlil qilish natijasida aholi orasida kasallanish darajalari, yuqtirish omillari, xavf guruhlari o‘rganilib, virusli hepatitlarning profilaktik chora – tadbirlari takomillashtirish lozim.

Xulosa: Respublikamiz viloyatlarida yildan yilga turmush tarzining va sifatli suv taminotining yaxshilanmasligi, ko‘pchilik maktablarda va maktabgacha ta‘lim

muassasalarida bolalarga qaynatilgan suv berilmasligi, gepatit A vaktsinatsiyasining keng ko‘lamda qo‘llanilmasligi kasallanishlar sonining keskin ko‘payishiga olib kelmoqda Xalqimiz orasida sanitariya – gigiyena qoidalariga rioya qilinishi va tibbiy salohiyatining pastligi kasallanishning ko‘payishiga o‘z ta‘sirini o‘tkazmay qolmaydi Ammo shuni unitmasligimiz kerakki, kasallanishlarning son jixtadan ko‘payishi bilan batamom yo‘q bo‘lishiga xali xanuz erishilmadi Virusli gepatitlar jigarning og‘ir asoratlarga olib keluvchi o‘zgarishlarni yuzaga keltirishi bilan o‘z dolzarbligini yo‘qotmagan.

QANDLI DIABETNING YIRINGLI-NEKROTIK ASORATLARINI DAVOLASH MUAMMOLARI

Abdullayev S.A., Mardonov A.Sh., Murodov Z.A.

**Samarqand davlat tibbiyot universiteti, professor, pediatriya fakulteti 3-kurs
pediatriya fakulteti 3-kurs. Samarqand, O‘zbekiston**

Dolzarbligi: Hozirgi kunda qandli diabet butun jahon bo‘ylab keng tarqalgan kasallik bo‘lib hisoblanadi Uning patogenezida 80-85% holatlarda kishi vaznining oshishi va semizlik yotadi

Ishning maqsadi: Qandli diabetning yiringli nekrotik fassied asoratlarini davolashda yangi texnologiyalarni joriy qilish

Tekshirish usullari: Statsionar sharoitda davolangan qandli diabetning yiringli nekrotik asoratlari bilan 67 ta bemor ustida kuzatuv olib borildi Erkaklar 42 ta, ayollar 25 ta Bemorlarning diabet bilan xastalanishi 8-20 yilni tashkil qildi Qandli diabetning og‘ir shakli 50%, o‘rtacha og‘irlik 38% va yengil shakli 12% mijozlarda uchradi Statsionarlarga tushish vaqtida ko‘pchilik bemorlarda yurak qon tomirlar, buyrak, jigar va o‘t yo‘llari kasalliklari aniqlandi Tashxis qo‘yishda anamnezi, umumiy ko‘rik ma‘limotlari, laboratoriya tahlillari, EKG, Exokardiografiya, rentgenologik, dopreriografiya, KT va MSKTG ga asoslandik Oxirgi yillarda angiografiya tekshirish usuli joriy qilindi Yumshoq to‘qimalardagi yiringli nekrotik asoratlar qandki diabetning 2-tipida aniqlandi: diabetik panja sindromining og‘ir shakli, paraproktitlar, Furne, chuqur inyeksiyadan keyingi absessla, qo‘l oyoqlar flegmonasi, operatsiyadan keying yaralarning yiringlashi Fassiet asoratlarining rivojlanishida eng avvalo yuzaki fassiyalar va teri osti yog‘ qatlami birinchi bo‘lib jarohatlanadi Qandli diabetning neyropatik shaklida oyoq panjalari mushaklarining atrofiyasi rivojlanib ularning deformatsiyasiga olib keladi Deformatsiya kuchaygan sari panja barmoqlarida so‘gal paydo bo‘ladi va keyinchalik trofik yaralar paydo bo‘ladi

Natija: Nekrotik fassietlarning rivojlanishidagi alohida kechimi fassiyalardagi yiringli nekrotik holatlarning chuqur to‘qimalarga o‘tib mionekrozlar berishdir Biz bir statsionarlarga kech kelgan og‘ir ahvoldagi bemorlarda sepsisning klinik klinik rivojlanishi belgilarini aniqladik Ular asosan o‘tkir paraproktitlarning fassietlar asorati bilan oraliq sohasiga va qorinning old devoriga tarqalib katta flegmonalar paydo bo‘lganligini, oyoq panjalari va barmoqlarida yiringli nekrotik flegmonalar paydo bo‘lganligini aniqladik Ana shu bemorlarda sepsis rivojlangani kuzatildi Yiringli nekrotik fassietlarni davolashda o‘z vaqtida erta diagnoz qo‘yish va radikal operatsiya usulini qo‘llashdir Bu usulning asosiy mohiyati keng xiriurgik kesma qilish, qolgan bo‘shliqni va yaralarni yaxshilab yuvish, adekvat drenajlashdan iborat Biz kuzatgan bemorlarda o‘z vaqtida operativ davolash

qo'llanildi, flegmona abscesslar keng va katta kesmalar bilan ochildi, nekrotik to'qimalar nekrektomiya qilindi Ayrim holatlarda bemrlarning og'ir ahvolda ekanligi to'liq nekrektomiya qilishning iloji bo'lmadi Shuning uchun operatsiyadan keying davrda etapli nekrektomiya qo'llanildi Qolgan bo'shliqni va yaralarni vodorod peroksid eritmasi va ayrim antiseptik suyuqliklar ishlatildi Biz oxirgi yillarda yaralarni yuvishda atserben eritmasini qo'lladik Etapli davolash oraliq davrida bemrlarni og'ir ahvolini mo'tadillash, oyoqlarni klretik eshemiya holatdan chiqarish, qondagi qand miqdorini korreksiya qilish imkoniyatiga ega bo'ldik So'ngi yillarda endovazal xirurgik operatsiyalar usullarning qo'llanilishi katta amputatsiyalar foizini keskin qisqartirdi

Xulosa: Qandli diabetning yumshoq to'qimalardagi va diabetik panja sindromining yiringli nekrotik asoratlarini davolashda kompleks etapli xirurgik davolash va endovazal xirurgik operatsiya usulini qo'llanilishi eng optimal usul hisoblanadi

BOLALARDA UCHRAYDIGAN NAFAS YO'LLARI KASALLIKLARI. BRONXIAL ASTMA

Abdurasulova Dilbarxon Otabek qizi.

farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti talabasi Annotatsiya:

Bolalarda nafas olish sistemasi rivojlanishning buzilishi irsiyatga yoki tashqi muhit havosining ifloslanayotganiga bog'liq Ushbu ilmiy maqolada nafas olish sistemasida ko'plab uchraydigan allergiyaning rivojlanishiga sabab bo'ladigan xilma -xil omillar bilan tanishamiz Ushbu ilmiy maqola bolalarda uchraydigan nafas yo'llari allergiyasining rivojlanish etiologiyasi, tasnifi, diagnostikasi va davolashning har tomonlama tavsifini berishga qaratilgan.

Nafas olish hayot uchun kerak asosiy jarayon bo'lib, unda tirik organizm bilan tashqi muhit o'rtasida gaz almashinuvi ro'y beradi Bu jarayonda organizm tashqi muhitdan oksidlanish jarayoni uchun kerak bo'lgan kislorodni qabul qiladi va tashqariga oksidlanish natijasida hosil bo'lgan karbonat angidridni chiqaradi Nafas olish jarayoni ikki bosqichdan: nafas olish – inspiratsiya va nafas chiqarish-ekspiratsiyadan iborat Nafas olganda kislorodga boy atmosfera havosi alveolalarga kiradi, nafas chiqarilganda esa karbonat angidridga to'yingan havo tashqariga chiqadi Tinch holatda bo'lgan sog' odam minutiga 16–20 marta nafas oladi va chiqaradi.Bolalarda nafas olish organlari nisbatan kichik o'lchami va anatomogistologik rivojlanishi tugailanmaganligi bilan farqlanadi.Klinik ko'rinish va diagnostika:

Erta yoshdagi bolalarda burun nisbatan kichik, burun yo'llari tor, pastki burun yo'li bo'lmaydi Burun shilliq qavati nozik, nisbatan quruq, qon tomirlarga boy Burun yo'llari torligi va yaxshi qon bilan ta'minlanganligi natijasida kichik yoshdagi bolalarda yengil yallig'ianish burun orqali nafas olishni qiyinlashtiradi Bolalar hayotining birinchivarim yilida ogiz orqali nafas oloimaydi, chunki tili katta, xalqum usti tog'ayini orqaga siqadi.

Bronxial astma (BA) - nafas yo'llarining surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib quyidagi belgilar bilan namoyon boladi: nafas yo'llarining to'liq yoki qisman qayta obstruksiyasi, bronx shilliq mushaklarining spazmi, shilliq qavat shishi, shilliq osti qavatining yallig'lanishi.Tanish hujayralari bilan infiltrasiyasi, shilliq gipersekresiyasi, bazal membrananing qalindlashishi; maxsus trigger omillar ta'sirida yuzaga keluvchi va asosan



kechqurin yo'ki ertalab paydo bo'luvchi yo'tal epizodlari, hushtaksimon xirillashlar, hansirash, ko'krak qafasida siqilish hissi; nafas yo'illari giperreaktivligi Tarqalishi Bolalik davrida bronxial astma eng ko'p tarqalgan surunkali kasalliklardan biri hisoblanadi Qaytalanuvchi bronx-o'pka patologiyasi strukturasida astma 50-60% ni tashkil qiladi.

Epidemiologik ma'lumotlar: ISAAC (boialarda astma va allergiyani halqaro organish muassasasi) m a'lumotlariga asosan BA bilan 5-20% boialar kasallangan K o'p hollarda tashhis kasallik boshlangandan, 2-6 yil keyin qo'yiladi, bu kasallik oqibatini yomonlashtiradi.

Bronxial astma etiologiyasida ikki omillari farqlanadi: antigen va noantigen Antigen omillargaekzogen allergenlarkiradi, ular orasida noinfeksion allergenlar muhim rol oynaydi -''maishiy'' allergenlar (chang, epidermal* hashorat va qurt-qumursqalar, akvariumdagi baliqlaming ovqati)gul changi allergenlariovqat allerganlari dorilardan, jumladan gamma globulin va oqsil dorilari.

Bolalarda noinfeksion sensibilizasiya shakllanishining aniq qonuniyatlari mavjud Ertayoshda ovqat allergiyasining allergodermatoz shakli ko'p uchraydi Ba'zi kasallarda erta ovqatlanish sensibiiizasiyasida nishon-organi - hazm qilish trakti va nafas olish tizimi hisoblanadi Epidermal sensibilizasiyaning qo'shilishi (hayvonlar juni, par yostiqlik va boshqalar) ko'pincha respirator allergozlar hilan bir vaqtda boshlanadi, bu bosqichda respirator allergoz rmofaringit, laringotraxeit va respirator allergiyaning “kichik” shakllari bilan yuzaga chiqadi Respirator allergik kasalliklarga ba'zida infeksiyon kasallik deb xato tashhis qoyiladi, bu oz navbatida ko'p dorilar ishlatilishi va medikamentoz ailergiyaning rivojlanishiga olib kejadi K o'pgina boialarda bronxial astmaning tarqoqlik klinikasi uy changiga sensibilizasiyaning qo'shiishidan keyin yuzaga keladi va shakllanishi bola hayotining 2-5 yoshiga to 'g 'ri keladi Boialarda o'simlik gullariga sensibilizasiya katta yoshda shakllanadi, epidermis va uy changi allergenlariga sensibilizasiya 2-5 yoshlarda ham kuzatilishi mumkin.Bronxial astma rivojlanishiga moyillik tuqgdiruvchi omillar:

Irsiyat:1 Agar bolaning ota-onasida atopiya bo'lmasa bolada kasllik rivojlanish xavfi 10-20% ni tashkil qiladi Agar atopiya belgilari faqat otasida bo'lsa atopik belgilar bolada 33%, astma esa 25% da rivojlanadi Agar atopiya belgilari faqat onasida bo'lsa u holda atopiya 48% sibslarda, astma esa 38% bolalarda namoyon bo'ladi Agar atopiya belgilari otasida va onasida bo'lsa, u xolda atopiya va bronxial astma rivojlanish xavfi 60-100%ni tashkil qiladi.Sog'lom odam organzmining immun sistemasi e'tiborga olmaydigan atrof muxitdagi allergenlarga bo'lgan gipersezuvchanlik irsiyat orqali o'tadi Atopik kasalliklarga irsiy moyillik bo'lgan xollarda BA erta yoshda boshlanadi va og'ir kechadi Kichik yoshdagi bolalarda BAning eng ko'p uchraydigan sababchisi organizmga kuchli sensibillovchi ta'sir korsatuvchi o'tkir respirator virusli infeksiya bo'lib, u nafas yo'llari zararlangan shilliq qavatlarining turli xil allergenlarga otkazuvchanligini oshiradi, viruslaming antigen xususiyatlari esa infeksiyon jarayon davomida makroorganizmning immunologik qayta qurilishini chaqiradi Kichik yoshdagi bolalarda ko'p vaqtgacha BA o'rniga “Obstruktiv sindromli O'RVI”, “qaytaianuvchi obstruktiv bronxit” tashhisi qo'yiladi va norasional davo belgilanadi Kop yillar otgach bolaga tipik bronxial astma tashhisi qo'yiladi.va ni davolashdan maqsad kasallikni nazorat qilishga erishish va asoratlarga yoi qo'ymaslik Boialarda BAni davolash quyidagilarga qaratilgan: Hayot uchun xavfli bo'lgan holatlarni va o 'limning oldini olish; Klinik belgilarni bartaraf qilish yoki kamaytirish; Tashqi nafas funksiyasi ko'rsatkichlarini normallashtirish yoki yaxshilash; Boianing aktivligini tiklash,

jismoniy yuklamalarga chidamlilikni oshirish; Bronxolitik preparatlarga muhtojlikni kamaytirish; Davoning nojo'ya ta'sirining oldini olish; Nogironlikning oldini olish. Bronxial astmaning kompleks davosi quyidagi komponentlarni o'z ichiga oladi: -Kasai bolalarni va ularning ota-onalarini quyidagilarga OTgatisht: davoning maqsadini bilish, o'zini nazorat qilishni o'rganish, ingalyasiya qilish texnikasi, xuruj boshlanganda o'ziga yordam berish. Kasallikning avj olishiga sabab bo'luvchi omillarni bartaraf qilish (eliminasiya). Kasallik avj olishini oldini oluvchi (yallig'lanishga qarshi) va xuruj vaqtida simptomlarni kamaytiruvchi dorilarni rasional qo'llashni bilish (bronxolitiklar). Spesifik immunoterapiya. Doimo vrach nazoratida bo'lish va o'z vaqtida davoni korreksiya qilish. Hozirgi vaqtda BAni davolashda pog'onali terapiya usulidan foydalanilmoqda, ya'ni, kasallikni og'irlik darajasiga qarab, dori moddalarni qo'llash tavsiya etilmoqda. Dorilarni qabul qilish dozasi vaqti kasallikning og'irlik darajasi ko'tarilganda yoki simptomlar bartaraf qilinishiga bog'liq holda o'zgartiriladi. Yallig'lanishga qarshi dorilar prolongirlangan ta'sirga ega (adrenomimetiklar yoki teofillin preparatlari) bronxkengaytiruvchilar bilan birga qo'llaniladi. Ambulator bosqichda bronxial astmaning yengil xurujida birlamchi yordam tez ta'sir qiluvchi adrenomimetiklar dozali aerazol ingalyatorlarni qo'llashdan iborat. BA va allergik rinitda bazis terapiya pog'onali usulidan foydalanib o'z vaqtida va rasional qo'llash, uzoq remissiyaga sabab bo'ladi, allergik kasalliklarni avj olishini oldini oladi. Birlamchi profilaktika - yuqori xavf idagi shaxslarda kasallikni paydo bo'lishigani oldini olish. Postnatal profilaktika quyidagi tadbirlarni o'tkazishga qaratilgan: -go'dak yoshidagi bolalarda ko'krak sutini biian ovqatlantirishni targ'ibot qilish; -chekuvchi ota-onalarga chekishni bola uchun zararli tomonlarini tushintirish; Ikkilamchi profilaktika BA kasalligi rivojlanmagan, lekin organizmda sensibilizatsiya bor bolalar uchun o'tkaziladigan chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi. va oilaviy anamnez yoki allergiya (ona tomonidan irsiy moyillik bor bo'lsa BA rivojlanish xavfi 50% gacha). -bolada boshqa allergik kasalliklar mavjudligi (atopik dermatit, allergik rinin, risk BA - 10-20%). -umumiy IgE miqdorining 30 MB/ml dan ortiqligi, maxsus IgE-AT sigir sutini Oqsiliga, tuxum sarig'iga kuzatilgan bo'lsa; Uchlamchi profilaktika BAni chaqiruvchi omillarni kamaytirishga qaratilgan. Eliminasion rejim: -Uy changi va allergenlarni yo'qotishga qaratilgan chora-tadbirlar. -Gilamlarni linoleum biian almashtirish zarur. Barcha oqliqlarni qar haftada issiq (55-60 °C) suvda yuvish. Gilamlarni tanin kislotasi biian tozalash kerak; Tozalash uchun tiltrli chang yutgichlardan foydalanish zarur; -Yumshoq o'yinchoqlarni issiq suvda yuvish yoki vaqti-vaqti bilan muzlatish; -Uy hayvonlarini yotoq xonaga va yashash joyiga qoymaslik zarur. -Shaqar uylarida suvaraklar ko'payishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Erta yoshdagi bolalarda ovqat allergiyasi kamdan-kam hollarda BA qaytalanishi omili bo'lib hisoblanadi,

Xulosa:

Bolalardagi nafas yo'llari kasalligining rivojlanishining buzilishi tibbiy xizmat ko'rsatuvchi provayderlar uchun o'ziga xos muammolarni keltirib chiqaradi, bu esa multidisiplinar va bemorga yo'naltirilgan yondashuv zarurligini ta'kidlaydi. Genetik va molekulyar texnologiyalardagi yutuqlar bizning nafas yo'llari allergiyasining rivojlanishining buzilishlarini chuqurroq tushunishimizga hissa qo'shishda davom etmoqda. Soha rivojlanib borar ekan, sog'liqni saqlash sohasi mutaxassislari, tadqiqotchilar va advokatliklari o'rtasidagi doimiy tadqiqotlar va hamkorlik nafas yo'llari allergiyasining



rivojlanishning buzilishi bilan kasallangan shaxslarga ko'rsatiladigan yordam va yordamni optimallashtirish uchun muhim ahamiyatga ega.

STOMATOLOG BO'LIH OSONMI?

Abduraxmonova Muxayoxon Abduraximovna, Endoxirurgiya, endourologiya, stomatologiya va oftalmologiya kafedrasi katta o'qituvchisi

**Jalolov Asadbek Asiljon o'g'li, Stomatologiya fakulteti 3-bosqich talabasi
Andijon davlat tibbiyot instituti**

O'zbekiston Xalqimiz orasida bizni tish doktori deb atash uzoq yillardan beri odat bo'lib qolgan Ular odatda bu tish shifokori boshqa kasallikni qayerdan bilsin deb ham fikrlashadi Albatta, bu nisbatan biroz tibbiy ma'lumotga ega bo'lgan insonlar orasidagi holat Aslida esa stomatologiya faqat tishning o'zigina emas, butun og'iz bo'shlig'ini, hatto, yuz-jag' sohasi kasalliklarini davolash va oldini olish bilan shug'ullanishini bilishmaydi Tibbiy ma'lumotga ega bo'lmagan oddiy qishloq aholisi orasida esa bu tibbiyot oligohida o'qigan, demak biladi degan qat'iy fikr bor O'zlarida qanday holat kuzatilsa ham o'zlari yaqin bo'lganimiz uchun bizdan so'rashadi Umuman olganda yurtimiz aholisining eng ko'p boruvchi tibbiy muassasasi bu stomatologiyadir Biz o'zimizning mutaxassisligimizdagi kasalliklarni davolash barobarida kasallarning boshqa turdagi barcha umumiy savol va murojaatlariga javob berishimizga to'g'ri keladi Bu albatta, kasbimizning deontologik jihatlari.

Endi tibbiyot oliygohlariga yanada yaqinroqdan qarasak, davolash va pediatriya fakultetlari talabalari stomatologiya fakulteti talabalarini ko'p narsani o'rganishi shart emas, osongina ishlashadi deb o'ylashadi Aslida esa unday emas Biz ham tananing bir qismini davolaymiz, u ham shu inson tanasida Agar biz xato qilsak butun tanani nobud qilishimiz mumkin Biz nafaqat o'z sohamizga oid bilimlarni, balki boshqa organ va to'qimalarda ham qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkinligi haqidagi bilimlarni ham bilishimiz kerak, albatta.

Shu o'rinda yana bir yaxshi fikrni bildirishimiz mumkinki, aholining eng ko'p boradigan tibbiy muassasasi stomatologiya ekan, biz stomatologlar bemorni ko'rish va u bilan gaplashish mobaynida boshqa kasalliklari haqida ham suhbatlashib uni kerakli tor doiradagi mutaxassisligi bor shifokorga jo'natishimiz lozim Chunki, insonlar oshqozon og'rig'i, bosh og'rig'i, hatto, pay cho'zilishlari va boshqa organlar kasalliklari kabilarga chidab yurishi mumkin, lekin tish og'rig'i ularni to'g'ri bizning oldimizga olib keladi Shu tashrifdan foydalanib, juda ko'p kasalliklarni o'z vaqtida aniqlab, oldini olishimiz, hatto, davolashimiz ham mumkin Bularning barchasi bizdan kuchli bilim va jiddiy e'tibor talab qiladi, albatta

Xulosa qilib aytganda stomatolog oddiy tish shifokori emas, u professional sohaning yetuk shifokori hisoblanadi U o'z sohasini puxta egallash bilan birgalikda, barcha fundamental bilimlarni egallagan va har qanday klinik holatlarga tayyor bo'lishi kerak.

TIBBIYOT AMALYOTIDA ISHLATILADIGAN TABBIY BIOKOMPOZITLAR

Akbarova M.Y Mhammadjonov S.G’.

Farg’ona Jamoat Salomatligi tibbiyot institute, Farg’ona, O’zbekiston

Annotatsiya Ba’zi bir o’simliklar Kenevir va kenaf kabi o’simlik asosidagi tolalar biokompozitlar ishlab chiqarishda tez-tez ishlatilgan Tabiiy tolalar vazn nisbati yuqori kuch ega, non-o’yuvchi tabiat, yuqori sinish to’qlid, yangilash, va barqarorlik, qaysi boshqa materiallar ustidan ularga noyob afzalliklari berish Tabiiy tolalarni mustahkamlash orqali biokompozitlarning rivojlanishi ekologik foyda va yaxshilangan mexanik ko’rsatkichlar tufayli olimlar va tadqiqotchilarning e’tiborini tortdi. Qayta tiklanadigan manbalardan biokompozitlarni ishlab chiqarish metallar, polimerlar va keramika bilan bog’liq qiyin vazifadir. Biokompozitlar allaqachon giyohvand moddalar/genlarni etkazib berish, to’qima muhandisligi, ortopediya va kosmetik ortodontiya kabi biomedikal dasturlarda qo’llaniladi. Biomaterial sifatida ishlatiladigan materiallarning birinchi muhim talabi uning inson tanasi tomonidan qabul qilinishidir. Biomaterial inson tanasida yakka o’zi yoki birgalikda foydalanish uchun qo’llanilishi uchun ba’zi muhim umumiy xususiyatlarga ega bo’lishi kerak. Biokompozitlar shikastlangan yoki degeneratsiyalangan to’qimalar yoki organlarni qayta tiklashga imkon beradigan ramka o’rnini bosishi yoki xizmat qilishi mumkin, shu bilan bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi. Ushbu sharh maqolasi biomedikal dasturlarda o’simlik tolalari va uning kompozitlaridan foydalanishga bag’ishlangan va biotibbiy dasturlar uchun ekologik toza biologik parchalanadigan kompozitlarga yo’naltirilgan kelajakdagi tadqiqotlarni ko’rib chiqadi. Kalit so’zlar: tolalar; Polimerlar; Biokompozitlar.

Kirish Tabiiy tolalar qayta tiklanadigan va parchalanadigan xususiyatlaridan tashqari, arzon narx, yuqori quvvat va vazn nisbati, birlik hajmiga past zichlik, korroziy bo’lmagan xususiyat va maqbul o’ziga xos kuch kabi foydali xususiyatlar tufayli olimlarni qiziqtiradi. Sintetik tolalar bilan taqqoslaganda, tabiiy tolalar ko’pincha arzon narxlarda mavjud bo’lib, kompozitlarni ishlab chiqaradigan odamlar uchun shisha tolaga asoslangan kompozitlarga nisbatan kamroq sog’liq va ekologik xavf tug’diradi. Tabiiy tolalar yuqori termal barqaror va akustik izolyator materiallarini ishlab chiqish uchun ishlatilishi mumkin. Oson qayta ishlanadigan tabiiy tolalardan juda bardoshli iste’mol mahsulotlarini ishlab chiqarish mumkin. Biroq, tabiiy tolalar odatda suvga chidamliligi, chidamliligi pastligi va tolaning/matritsaning interfeyslararo bog’lanishining yomonligini namoyish etadi, bu kompozitlarning yakuniy xususiyatlarini yo’qotishiga olib keladi va oxir-oqibat ularning sanoatda ishlatilishiga to’sqinlik qiladi. Kompozitlaridagi tolalar/matritsali interfeyslararo bog’lanishni biriktiruvchi vositalar va/yoki sirtini o’zgartirish texnikasi yordamida yaxshilash mumkin. Tabiatda ko’p miqdorda tabiiy tolalar mavjud va ular polimer kompozitlarini ishlab chiqarishda mustahkamlovchi yoki bio-plomba sifatida qo’llanilishi mumkin. So’nggi bir necha yil ichida tabiiy tolalarga bo’lgan talab ekologik toza kompozitlarning yangi turlarini ishlab chiqarish uchun keskin o’sishni ko’rsatdi. Tabiiy tolalar tarixiy davrlarda odamlar tomonidan ishlatilgan, ammo so’nggi yillarda polimer kompozitsiyalarda tabiiy tolalarni qo’llash ularning qayta tiklanadigan materiallar sifatida mavjudligi va atrof-muhit bilan bog’liq xavotirlar tufayli ko’paygan. Polimer kompozitlari-bu tabiiy tolalar/sintetik qatronlar yoki tabiiy tolalar/bio-qatronlar kombinatsiyasi bilan ishlab chiqilishi mumkin bo’lgan.



materiallar Polimer kompozitlarning xususiyatlarini tarkibiy qismlar va plomba moddalari o'zgartirishi mumkin, bu alohida tarkibiy qismlardan sezilarli darajada farq qiladi

Biokompozitlarni neft palma, kenaf, sanoat Kenevir, zig'ir, jut, henequen, ananas barglari tolasi, sisal, yog'och va turli xil o'tlarni qayta tiklanmaydigan (neftga asoslangan) yoki qayta tiklanadigan manbalardan polimer matritsalar bilan birlashtirish orqali ishlab chiqarish mumkin bioinjeneriya yoki biotibbiyot dasturlarida qo'llanilishi mumkin yoki muqobil ravishda kamida bitta tabiiy tola/o'simlik tolasi komponentini o'z ichiga olgan kompozitsiyalar sifatida Hozirgi kunda tola bilan mustahkamlangan polimer kompozitlari ortopediyada ko'p fazali materiallardan keng foydalanilmoqda va bugungi yuqori va pastki oyoq protezlarining aksariyati polimer matritsasi bo'lgan kompozitlardan tayyorlangan Tabiiy toladan biokompozitlarning rivojlanishining asosiy sababi kompozitlarda mustahkamlovchi fazalarning turi/taqsimlanishining moslashuvchanligi va keng ko'lamli mexanik va biologik xususiyatlarga ega biokompozitlarni olish imkoniyatidir .Tabiiy tolalar, biopolimerlar va biokompozitlar kabi biologik asosli materiallar barqarorlik, sanoat ekologiyasi, ekologik samaradorlik va yashil kimyo tamoyillarini birlashtiradi Ular keyingi avlod materiallari, mahsulotlari va jarayonlarini rivojlantirish uchun ishlab chiqilishi mumkin .Har yili qayta tiklanadigan qishloq xo'jaligi va biomassa xomashyosiga asoslangan biologik parchalanadigan va bio-asosli mahsulotlar barqaror, ekologik jihatdan samarali mahsulotlar portfeli uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin, ular hozirda faqat neft xomashyosiga asoslangan mahsulotlar ustunlik qiladigan bozorlarni raqobatlasha oladi , xaftaga va teri kabi tirik to'qimalarning aksariyati asosan kompozitlardir .Tabiiy tolalar sintetik yoki sun'iy bo'lmaganlardir .Tabiiy tolalarni sisal, Kenevir, bambuk, paxta, zig'ir, kenaf, jut, Rami, moyli palma, ananas, banan, paxta va boshqalar kabi o'simlik tolalaridan olish mumkin., shuningdek, hayvonot manbalaridan, masalan, jun, ipak va tovuq patlari tolalari .Tabiiy tolalarni oltita asosiy toifaga bo'lish mumkin (Fig 1) o'simlikning qazib olinadigan qismiga qarab, boshqoq yoki ildiz tolalari (jut, zig'ir, Kenevir, Rami, roselle, kenaf va boshqalar.), barg tolalari (banan, sisal, manila Kenevir, agava, Abaka, ananas va boshqalar.), urug ' tolalari (paxta, paxta va kapok), meva tolalari (moyli palma, poya), sopi (bug'doy, guruch, javdar va boshqalar.) va o't / qamish (bambuk, bagasse, makkajo'xori va boshqalar.An'anaga ko'ra, tabiiy tolalar etishtirilib, tarkibiy bo'lmagan dasturlar uchun har tomonlama ishlatilgan, shuningdek, uyingizda materiallari va devor izolatsiyasi sifatida ishlatilgan Tabiiy tolalarning xususiyatlarida katta o'zgarish mavjud .Elyaflarning turi, namligi va tolalar shakli (ip, to'quv, ip, tug'ralgan, namat va boshqalar.) xususiyatlarini ta'sir qilishi mumkin Bundan tashqari, xususiyatlarga tolalar etishtiriladigan joy, etishtirish sharoitlari, ular yig'ib olinadigan o'simlik qismi, o'sish davri va har qanday retting yoki ekstraktsiya jarayonlari ham ta'sir qiladi Odatda biopolimerlar deb nomlanuvchi Bio-bog'lovchilar tabiiy resurslardan olingan birikmalar bo'lib, kattaroq tuzilmalarni hosil qilish uchun kovalent bog'langan monomerik birliklardan iborat Bio-binders ularning eritmalar oqimi ko'rsatkichlar nisbatan farq, ta'sir xususiyatlari, qattiqlik, bug ' uzatish xususiyatlari, ishqalanish koeffitsienti, va parchalanish Bio-bog'lovchilar giyohvand moddalarni etkazib berish tizimi, yaralarni davolash, oziq-ovqat idishlari va qishloq xo'jaligi plyonkalari, chiqindi qoplari, tuproqni saqlash qoplamasi, filtrlash, gigiena va himoya kiyimlari va avtomobil sanoati kabi bir qator sohalarda ko'plab dasturlarni topadilar.Polimer kompozitlari asosan uglerod, shisha va aramid kabi yuqori quvvatli sintetik tolalar va past quvvatli polimer matritsa yordamida ishlab chiqarilgan; bunday kompozitlar aerokosmik,

bo'sh vaqt, avtomobilsozlik, qurilish, sport sanoati va biotibbiyot dasturlarida ustunlik qildi Ko'proq ekologik toza materiallarga bo'lgan ehtiyoj tufayli tabiiy tolali kompozitlar e'tiborni kuchaytirmoqda Shisha tolalar, uglerod tolalari va aramid asosidagi kompozit materiallar kabi sintetik tolalar yuqori samarali materiallar bo'lsa-da, ular kamroq biologik parchalanadi va qayta tiklanmaydigan manbalardan olinadi Tadqiqotchilar va tadbirkorlar biomedikal va sanoat dasturlari uchun ekologik toza va barqaror biokompozit materiallaridan foydalanishdan manfaatdor Tabiiy tolalar mahsulotlarining afzalliklari va kamchiliklar Polimer kompozitlarda tabiiy tolalar odatda kuch beradi, matritsa esa tolalar bilan bog'lanishni ta'minlaydi Tabiiy tolalar o'z-o'zidan ko'plab biomedikal dasturlarda kutilgan yuklarni ushlab turish uchun ishlatilmaydi .Shuning uchun tabiiy tolalarni bog'lash va himoya qilish uchun matritsali material ishlatiladi Tabiiy tolalar turiga, matritsaning turiga, tolali matritsaning ulushiga va ishlab chiqarish jarayonining turiga qarab, tolali kompozitlarning xususiyatlari kerakli yakuniy mahsulotga erishish uchun moslashtirilishi mumkin Ham sintetik, ham bio-qatronlar Termoset yoki termoplastik turdagi qatronlar shaklida bo'lishi mumkin Matritsa (bioresin / sintetik qatronlar) tolali materialni (tabiiy tolalar) qo'llab-quvvatlaydi va tabiiy tola bilan mustahkamlangan polimer kompozitlarida yukni ko'tarish uchun stressni tolaga o'tkazadi Biokompozitlarni ishlab chiqarish turli usullar bilan amalga oshirilishi mumkin, ba'zida o'ziga xos mexanik xususiyatlarga ega polimer kompozitlarini olish uchun tabiiy tolni kerakli yo'nalishga joylashtirish mumkin Turli xil shakllarda mavjud bo'lgan tabiiy tolalar (uzluksiz, tug'ralgan, to'qilgan va matolar) yakuniy tarkibiy qismlarning yakuniy fizikaviy va mexanik xususiyatlarini aniqlaydi Elyaf bilan mustahkamlangan kompozitlarda kerakli mexanik xususiyatlarga erishish uchun e'tiborga olinishi kerak bo'lgan bir nechta omillarga tabiiy tolalar turi, tola va matritsa fazalarining mos sirt kimyosi, mos keladigan sirt energiyalari va interfeys sifati kiradi Tabiiy tolalarning xususiyatlari nafaqat turlar orasida farq qiladi, balki etishtirish ,izolyatsiya qilish va qayta ishlash usullariga ham bog'liq Pulpa tolasi bilan mustahkamlangan kompozitsiyalarda ko'pincha tolalar yuzasining hidrofilik tabiati va eng ko'p ishlatiladigan polimer matritsa turlarining odatda hidrofobik tabiati tufayli nomuvofiqliklar mavjud Bu interfeysda bog'lanishning etarli darajada yopishmasligiga, shuningdek tolaning yomon tarqalishiga olib keladi, natijada kompozitlarda bir xil bo'lmagan moddiy xususiyatlar paydo bo'ladi (Kabir va Vang Ushbu kompozitlarning mexanik xususiyatlarini yaxshilash ko'plab tadqiqotchilar uchun muhim mavzu bo'ldi Tolalar turi va ishlov berish usullarining tabiiy tola kompozitlarining uzilish kuchi, moduli va cho'zilishiga ta'sirini aniqlash uchun ko'plab tadqiqotlar o'tkazildi

«PERIFERIK NERV SISTEMASI KASALLIKLARI»

Alisherov Hamidullo Fayzullo o'g'li

Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-bosqich talabasi pediatriya stomatologiya xalq

tabobati va tibbiy pedagogika fakulteti

Ilmiy rahbar Nurmatova Nargiza Fatxullayevna

Hozirgi kunda dunyoda axborot texnologiyalarni juda rivojlanayotganligi bois juda ko'plab kasalliklarning yangidan yangi simptomlari aniqlanmoqda Ayniqsa, bu borada nerv sistemasi kasalliklarida ham ancha yuqori natijalarga erishilmoqda Nerv kasalliklari, asab

kasalliklari - nerv sistemam kasalliklari Markaziy va periferik nerv sistemasining biror sababga ko‘ra umuman yoki qisman shikastlanishi natijasida kelib chikadi Nerv kasalliklari organik va funksional bo‘ladi

Organik Nerv kasalliklari zaminida markaziy va periferik nerv sistemasining anatomik struktur o‘zgarishlari yotadi Bunga infeksiyon kasalliklar, intoksikatsiya, shikastlanishlar, o‘smalar, tomir kasalliklari va boshqa sabab bo‘ladi Bosh yoki orqa miyaning turli qismlari zararlanishi bilan kechadigan organik Nerv kasalliklarida periferik nerv sistemasida falaj, tirishish, giperkinezlar, reflekslar izdan chiqishi, sezuvchanlik, og‘riq va boshqa sezgilarning buzilishi kuzatiladi Funksional Nerv kasalliklarida nerv sistemasida ayrtarli anatomik o‘zgarishlar bo‘lmaydi, bunga nevrozlar kiradi [1]

Nerv sistemasining irsiy kasalliklari (miopatiya, miotoniya va boshqalar) alohida ni tashkil etadi Nerv kasalliklarini nevrologiya va nevropatologiya fani o‘rganadi Nerv kasalliklaridan nevrozlar, insult, ensefalit, meningit, poliomyelit, nevrit, radikulit, epilepsiya va boshqa uchraydi 51 Ma‘lumki, periferik nerv sistemasiga nerv tugunlari va nerv tolalari kiradi Nerv tugunining kasalligi ganglionit, nerv tolasining kasalligi nevri yoki nevralkiya deb ataladi Nerv tugunining kasalligi, ya‘ni ganglionit shamollash, o‘pkaning zotiljam kasalligi, turli xil yuqumli kasalliklar, ya‘ni gripp, ichburug‘, ich terlama kabilarning asorati tufayli yuzaga keladi

Kasallangan nerv tugunining joylashuviga ko‘ra, o‘sha sohada va undan chiqadigan nerv tolasi ta‘minlaydigan to‘qima va a‘zolar sohasida og‘riq seziladi, mazkur a‘zolarining ishi buziladi Binobarin, bo‘yinning yuqorigi nerv tuguni yallig‘langanda bo‘yin va bosh sohasidagi teri hamda muskullarda og‘riq paydo bo‘ladi Bo‘yinning pastki nerv tuguni yallig‘langanda ko‘krak qafasining yuqori qismi terisi, muskullar, qo‘l terisi hamda muskullarida og‘riq yuzaga keladi Umurtqa pog‘onasining ko‘krak sohasida joylashgan nerv tugunlari yallig‘langanda ko‘krakning pastki qismidagi teri va muskullarda og‘riq paydo bo‘lishi bilan birga yurak ishi tezlashadi, unda og‘riq seziladi, nafas olish tezlashadi hamda qiyinlashadi [2]

Sezuvchi nerv tolalarining yallig‘lanishi nevralkiya deb ataladi Bu shamollash, gripp hamda boshqa yuqumli kasalliklarning asorati tufayli sodir bo‘ladi, Kasallangan nerv tolasi sohasida og‘riq yuzaga keladi Masalan, uchlik nervi yallig‘langanda yuz, ko‘z sohasida, tishlarda kuchli og‘riq seziladi Harakatlantiruvchi nerv tolasining yallig‘lanishi nevrit deb ataladi Uning sababi ham yuqoridagidek Belgisi shundan iboratki, kasallangan nerv bilan ta‘minlanuvchi tana muskullari falajlanib qoladi Masalan, yuz nervi kasallanganda yuz muskuli falajlanishi tufayli yuzning bir tomoni pastga osilib, og‘izning chekkasi tortilib qoladi Umurtqa pog‘onasining bel-dumg‘aza qismlaridan chiqadigan nerv tolalarining zararlanishi bel-dumg‘aza radikuliti deb ataladi Bu kasallik shamollash yoki og‘ir yuk ko‘targanda umurtqalar orasidagi nerv tolalarining qisilishi natijasida yuzaga keladi Bel, dumg‘aza sohasida og‘riq paydo bo‘ladi.[3]

Odamning o‘tirib-turishi, harakatlanishi qiyinlashadi Ba‘zida o‘tirg‘ich nervi ham zararlanadi va ishioradikulit kasalligi sodir bo‘ladi Bunday vaqtda qaysi tomondagi o‘tirg‘ich nervi kasallangan bo‘lsa, o‘sha oyoqning harakati qiyinlashadi, oyoqning orqa sohasida qattiq og‘riq seziladi Ma‘lumki, tanadagi hamma muskul tolalari mayda nerv tolalari bilan tutashib, nerv-muskul harakat birligini hosil qiladi Odam biror jismoniy mashq bajarib, terlab turgan vaqtda birdaniga kiyimini yechsa, nerv-muskul tolalari shamollashi tufayli nevrit — miozit kasalligi yuzaga kelishi mumkin Qovurg‘a-oraliq mayda muskullar



bu kasallikka ayniqsa beriluvchan bo'ladi Shamollash tufayli bir necha minutning o'zidayoq odamning ko'krak qafasida, kuragining atrofida sanchiq paydo bo'lib, harakatlanishi, bukilishi, chuqur nafas olishi, hatto yo'talishi qiyinlashadi Yuqoridagi kasallik belgilari yuzaga kelishi bilanoq, odam asab kasalliklari shifokoriga murojaat qilishi kerak.

«YURAK ISHEMIK KASALLIKLARINI KELTIRIB CHIQUARUVCHI FAKTORLAR»

Alisherov Hamidullo Fayzullo o'g'li

**Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-bosqich talabasi pediatriya stomatologiya xalq
tabobati va tibbiy pedagogika fakulteti Ilmiy rahbar Nurmatova Nargiza
Fatxullayevna Alisherov Hamidullo Fayzullo o'g'li**

Annotatsiya: Ushbu maqolamning mazmuni shundan iboratki, hozirda odamlarning ko'pchiligi xastalanayotgan yurak ishemik kasalligi haqida ma'lumotlar jamlanmasini taqdim etishdan iborat. Kalit so'zlari: arteriya, vena, yurak, qon, miokard Yurakning ishemik kasalligi yurak-tomir sistemasining keng tarqalgan kasalligi; miokard ishemiyasi, koronar qon aylanishining buzilishi bilan kechadi Yurakning ishemik kasalligiga, asosan, koronar tomir arteriyalari aterosklerozi natijasida yurak muskullarida qon aylanishining yetishmay qolishi shu tufayli yurakning qonga bo'lgan ehtiyojining ortib borishi kuzatiladi Yurakning ishemik kasalligiga stenokardiya va uning dastlabki, muqim, nomuqim bosqichlari bo'ladi Miokard infarkti, infarktdan keying esa kardioskleroz, aritmik tur hamda yurak yetishmovchiligi kiradi

Yurakning ishemik kasalligi muntazam rivojlanib boruvchi og'ir yurak xastaliklaridan biri hisoblanadi Yosh ulg'aygan sari kasallik uchrashi ko'payadi Yurak ishemik kasalligi klinik jihatdan bir xilda kechmay, dam zo'rayib, dam bosilib turadi Ko'pincha Yurakning ishemik kasalligigi zimdan kechib, bemor o'zining shunday xavfli kasallikka chalinganini bilmay, shifokorga murojaat qilmay yuradilar Odatda, yurakning ishemik kasalligining dastlabki klinik belgilaridan biri bu — zo'riqish stenokardiyasi xuruji bo'lib, jismoniy ish bajarilganda ro'y beradi Keyinchalik kasallik uzoq davom etishi, hattoki yillab cho'zilib ketishi mumkin Ko'pincha zo'riqish stenokardiyasiga birmuncha vaqtdan keyin tinch holatda ham kuzatiladigan tinch holat stenokardiyasi hurujlari qo'shilib borishi mumkin

Yurak ishemiyasining kelib chiqishi va rivojlanishiga kishilarning yoshi, kasallikka bo'lgan irsiy moyillik, gipertoniya kasalligi, qandli diabet, ortiqcha vaznlilik, ichkilikka ruju qilish, kashandalik, kam harakat ya'ni gipodinamiya, jismoniy hamda ruhiy zo'riqish va boshqalar sabab bo'lishi mumkin Kashandalar o'rtasida Yurakning ishemik kasalligining nisbatan ko'p uchrashi kuzatilgan Yurak ishemik kasalligining rivojlanishida, ayniqsa, xolesterinning roli katta Qonda xolesterin miqdorining oshishi aterosklerozga sabab bo'ladi va bu yurakning ishemik kasalligining rivojlanish xavfini oshiradi

Yurak ishemiyasining xavfli omilini bartaraf etib bo'ladigan va bartaraf etib bo'lmaydigan turlari bor Ko'krak qisishi ya'ni stenokardiya, miokard infarkti, insultni bartaraf etib bo'lmaydi Agar odam bu kasalliklar bilan bir marta og'rib o'tgan bo'lsa, Yurakning ishemik kasalligik rivojlanish xavfi ko'proq bo'ladi Yurak ishemiyasining dastlabki bosqichi stenokardiya bo'lsa, miokard infarkti uning eng og'ir shakli sanaladi Stenokardiya bilan bemor uzoq vaqt yashashi mumkin, ammo dastlabki davrida birinchi uch

kun 20-30% bemorda miokard infarkti kuzatilishi aniq va ravshandir. Miokard infarktining klinik belgilari, odatda, stenokardiya belgilariga o'xshash bo'lib, faqat og'riq uzoqroq, kuchliroq davom etadi. Bunda dastlabki soatlardan o'lim ro'y berishi yoki keyinchalik o'ta jiddiy asoratlar kuzatilishi mumkin. Infarktdan keyingi kardioskleroz, yurak aritmiyasi, yurak yetishmovchiligi aslida Yurakning ishemik kasalligining asoratlari: yuraktomir sistemasi kasalliklaridan bo'ladigan nogironlik hamda o'lim holatlaring asosiy sabablaridir. Yurakning ishemik kasalligi gumon qilinganda darhol bemorni kasalxonaga olib borib yotqizish dardkor.

Kasallikning klinik belgilarini kasallik tarixi, bemor shikoyatlari, perkussiya, auskultatsiya, umumiy ko'ruv, elektrokardiografiya, yurak muskullariga xos fermentlar, struktura elementlari kreatinin fosfokinaza izofermentlari, mioglobin va boshqalar hamda qon tahlili, exokardiografiya va shunga o'xshash boshqa tekshiruv natijalariga qarab diagnoz qo'yilishi lozimdir. Yurak blokadasi yurakning o'tkazuvchi sistemasida nerv impulsleri o'tishining buzilishidan iborat. Nevrozlar tufayli yurak nerv apparati faoliyati buzilganda aritmiyalar bilan birgalikda, yurakda sirqillaydigan, sanchadigan, jazillaydigan og'riq sezgilari ham paydo bo'lishi kuzatiladi.

Ateroskleroz hamda gipertoniya kasalligi arteriyalarining keng tarqalgan xastaliklaridan bo'lib, aksariyat bemorlarda ular birga kechadi. Ateroskleroz toj tomirlaridan tashqari, aorta va uning yirik shoxlari, jumladan, buyrak arteriyasi, miya tomirlari, qo'loyoqning periferikalarini ham zararlaydi. Arterial tomirlarning yallig'lanishi — arteritlar, ko'proq infeksiyalar, zaxm, sepsis va allergik hamda kollagen kasalliklar tufayli yuzaga kelib chiqadi.

Yurak yetishmovchiligi yurakning o'ziga yuklangan to'la funksional yuklamani bajara olmasligini ko'rsatuvchi patologik belgilar terining ko'karishi, nafas qisishi, oyoq shishib qolishi va boshqa belgilar bilan namoyon bo'ladi. Biror ish qilayotganda nafas qisib qolishi patologik alomat hisoblanadi. Ko'pchilik Yurak-tomir sistemasi kasalliklari oqibatida yurak muskulining qisqarish funksiyasi hamda tomirlar devori muskul qavatining qisqarish quvvati susayadi. Natijada organizmda qon aylanishi buziladi. Bu omillarning qay biri ustun bo'lishiga qarab yurak yoxud tomir yetishmovchiligi vujudga keladi.

BOLALARDAGI PNEVMONIYA: RIVOJLANISH SABABLARI VA OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY IMKONIYATLARI

Aminova M.N., Raxmatulloyeva Sh.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali, Surxondaryo, O'zbekiston

Tadqiqot maqsadi: Shamollash kasalliklaridan yetarli darajada davolanmaganda og'ir respirator asoratlar rivojlanishi va o'pkani surunkali kasalliklari, masalan, pnevmoniyaning kuchaytirishi mumkin. Xo'sh, pnevmoniya nima, u bolalarda qay tarzda kechadi, undan qanday saqlanish lozim? Ushbu maqolada pnevmoniyaning turlari, qo'zg'atuvchilari, rivojlanish sabablari va oldini olishning zamonaviy imkoniyatlari haqida ma'lumot berilgan.

Tadqiqot mazmuni: Virusli va bakterial pnevmoniya yuqumli hisoblanadi. Bu ular xansirash yoki yo'taldan havo tomchilari bilan nafas olish orqali odamdan odamga yuqishi mumkinligini anglatadi. Shuningdek, pnevmoniyaning qo'zg'atuvchi bakteriyalar yoki viruslar bilan ifloslangan yuzalar yoki narsalar bilan aloqa qilish orqali pnevmoniyaning ushbu

turlarini olishingiz mumkin Siz qo‘ziqorinli pnevmoniyani atrof-muhitdan yuqtirishingiz mumkin U odamdan odamga yuqmaydi. Zotiljam kasalligini keltirib chiqaradigan sabablar talay Uning birinchisi bakteriya, ya‘ni pnevmakokk (shuning uchun ham kasallik “pnevmoniya” deb ataladi), stafilakokk, strepkokk, enterakokk, fridlender tayoqchasi, ko‘k tayoqcha, ichak tayoqchasi va boshqa infeksiyalardir.

Pnevmaokokklarni laboratoriya sharoiti, ya‘ni sun‘iy oziq muhitida o‘stirish ancha qiyin Boyitilgan oziq muhitida 37 daraja issiqlikda undirish mumkin Ammo pnevmakokokklarni 28-42 daraja issiqda ham ko‘payishi kuzatilgan Ular, asosan, qonli muhitni xush ko‘radi Shuning uchun ham zotiljamning dastlabki kunlari ular o‘pkaning mayda qon tomirlariga zarar yetkazadi Keyinchalik o‘pkada shish va yallig‘lanishi yuz beradi va bu holat pnevmakokokklarning keskin ko‘payishiga olib keladi Ular agressiv fermentlarni hosil qiladi Saxaroza, laktoza, maltozalarni parchalaydi. Pnevmaokokklarda uch xil antitana mavjud Mikrob ustida, ya‘ni kapsulasida joylashgan antitanalar 80dan ortiq, ularning odam organizmiga ta‘siri va qarshiligi har xil Pnevmaokokklar tashqi muhitga u qadar chidamli emas Dezinfeksiyalovchi moddalar ta‘sirida 1-2 daqiqada, 50-55 daraja qizdirilganda 10 daqiqada, qaynatilganda shu zahoti o‘ladi Ammo oqsil modda bilan o‘ralganda, ya‘ni qurib qolgan balg‘am, qon va boshqa patalogik materiallarda bir necha oy davomida saqlanadi Nam va sovuq havoni yaxshi ko‘radi Shuning uchun ham nafas olish yo‘llari va o‘pkaning yallig‘lanishi (shamollashi) yilning sovuq fasllarida ko‘p kuzatiladi Tajriba tariqasida oq sichqon, dengiz cho‘chqasi va quyon organizmiga yuborilganda 24-48 soat ichida kasallik rivojlanib, o‘lim holati kuzatilgan va yorib ko‘rilganda ichki organlarida juda ko‘p kapsulali pnevmakokokklar borligi ayon bo‘lgan

Tadqiqot usullari va materiallari: Zotiljam kasalligi dunyo bo‘ylab 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarning 15 foizida o‘limga sabab bo‘ladi Statistikaga ko‘ra, 2017-yilda 5 yoshgacha bo‘lgan 808 694 bola pnevmoniyadan vafot etgan Ushbu xavfli kasallikka chalingan har 64-kishi vafot etishi qayd etiladi Pnevmoniya tufayli bemorning turli a‘zolarida xavfli asoratlar yuzaga keladi O‘zbekistonda 2018-yilda nafas olish tizimi kasalliklari hissasiga 100 000 aholi boshiga 23,1 nafar ayol, 34 nafar erkak o‘limi to‘g‘ri kelgan Har yili 17 milliondan ortiq odamga pnevmoniya tashxisi qo‘yiladi, bunda erkaklar ayollarga qaraganda 30 foizga ko‘proq kasallanishadi Maxsus xavf lariga 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar va 65 yoshdan katta odamlar kiradi Shu bilan birga, zotiljamda boshqa kasalliklarga nisbatan o‘lim darajasi ancha yuqori: erkaklarda 8,04% va ayollarda 9,07%.

Natijalar va muhokama: Kasallik paydo bo‘lganda, odamning harorati ko‘tariladi, 38 ° ga yetishi mumkin, tanada umumiy zaiflik, bosh og‘rig‘i paydo bo‘ladi, bemor yotishni xohlaydi Bir necha kundan keyin kuchli xurujli yo‘tal va balg‘am paydo bo‘ladi. Ko‘krak qafasida ayniqsa yallig‘lanish markazida og‘riq, shuningdek, nafas qisilishi paydo bo‘lishi vaziyatning og‘irligini ko‘rsatadi va pnevmoniyani aniq belgisi hisoblanadi. Bu yerda umumiy belgilar ko‘rsatilgan, ammo pnevmoniya turiga qarab, ularning namoyon bo‘lish xususiyati va vaqti farq qilishi mumkin Virusli pnevmoniyada birinchi alomatlar tezda paydo bo‘ladi va bemor keskin yomonlashishini sezadi Kasallikning boshidanoq mushak og‘rig‘i, yuqori tana harorati, og‘ir bosh og‘rig‘i va og‘riqli quruq yo‘tal bo‘ladi Aksincha, bakterial pnevmoniya asta-sekin rivojlanadi Kasallik dastlabki belgilari paydo bo‘lgandan 2 hafta o‘tgach boshlanadi Shundan so‘ng, bemorning umumiy ahvoli yaxshilanishi kuzatiladi, lekin, keyin harorat yana keskin ko‘tariladi, bosh og‘rig‘i paydo bo‘ladi, yo‘tal kuchayadi va yiringli balg‘am paydo bo‘ladi.

Pnevmoniyada vujudga keluvchi kislorod yetishmovchiligi MNSning faoliyatiga ta'sir qiladi Bolalarda kasallik avj olgan davrda asab tizimining vegetativ qismida simpatik qismning ustunligi bilan xarakterlanuvchi disfunktsiya vujudga keladi Toksikozdan chiqish davrida esa xolinergik reaksiya ustunlik qiladi Pnevmoniyada bemordagi yurak qon-tomir tomonidan kuzatiluvchi o'zgarishlar MNSning buzilishi, xamda nafas yetishmovchiligi, o'pkaning to'laqlonligi, toksikoz bilan bog'liq Bolalarda pnevmoniya kasalligida boshqa tizimlarda ham funksional o'zgarishlar kelib chiqadi: hazm qilish tizimida (fermentlar faolligi pasayishi, oshqozon-ichak trakti motorikasi buzilishi va erta yoshdagi bolalarda qorin dam bo'lishiga, disbakterioz, parenteral dispepsiya); endokrin tizimida (katexolaminlar, glyukokortikoidlar sekresiyasi pasayishi); siydik ayirish tizimida (buyrakning filtrasion, reabsorbsion va sekretor funksiyasi buzilishi, jigarning mochevina hosil qiluvchi va dezaminirlovchi funksiyasining pasayishi); immunologik reaktivlikning buzilishi kuzatiladi.

Kasallik zo'riqib ketgan bo'lsa, bemor kasalxonada davolanadi Bemorni to'g'ri parvarish qilishning, shuningdek, antibiotiklardan to'g'ri foydalanishning ahamiyati katta Salqin, toza havo uyquni va nafas olishni yaxshilaydi, shuning uchun bemor yotgan xonani tez-tez shamollatib turish muhim Ichimlik (choy, meva suvi), suyuq ovqat (sho'rva, ilitilgan tuxum, shirguruch, sut, sariyog', qatiq, kefir, kisel va h.k.) tez-tez berib turiladi Bemor terlaganda quruq sochiq, araq yoki teng baravar suv qo'shilgan odekolon bilan artiladi Ichi yurishishiga, siydigi kelishiga qarab turish zarur Yurak-tomir sistemasi yaxshi ishlamaganda uning faoliyatini kuchaytiruvchi dorilar buyuriladi, kisloroddan nafas oldiriladi va h.k Orqaga gorchichnik qo'yiladi, yurak-tomir faoliyatini yaxshilovchi (masalan, korglyukon, strofantin) va balg'am ko'chiruvchi dorilar tavsiya etiladi va boshqalar Harsillash paydo bo'lsa, bemorning boshini balandroq qilib yotqizib qo'yish kerak Bemor gigiyenik rejimga rioya qilishi, ochiq havoda sayr etishi, davo gimnastikasi bilan shug'ullanishi lozim Kasallikning oldini olish, asosan, organizmning umumiy holatini yaxshilashga (chiniqish, badan tarbiya va boshqalar), yomon odatlar (chekish, spirtli ichimliklar ichish)ni tark etishga, infeksiya manbalarini yo'qotishga va turmush sharoitini yaxshilashga qaratilishi lozim.

Xulosa: Pnevmoniyaning har qanday turi va bosqichi jiddiy kasallik hisoblanadi va xavfli asoratlarga ega bo'lib, butun organizmga salbiy ta'sir qiladi To'g'ri tanlangan davolash kursi, tashxis qo'yish va mutaxassislarni tanlash bilan yuqori samarali davolash imkonini beradi.

SURUNKALI INSOMNIYANING KLINIK-PSIXOLOGIK STRUKTURASINI O'RGANIB BAHOLASH

Amirjanova D.Z.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

Kirish Xalqaro uyqu tibbiyoti uyushmasi (Word Association of Sleep Medicine) ma'lumotlariga ko'ra, 33 % katta yoshdagi insonlar turli darajadagi uyqu buzilishlaridan aziyat chekishadi (2020) Tez-tez kuzatiluvchi uyqu buzilishlari ba'zi bemorlarda surunkali insomniyaga aylanadi Surunkali insomniya uchun uyquga ketishning qiyinligi, to'satdan ro'y beruvchi tungi uyg'onishlar, uyqu davomiyligi qisqarishi va uyqu sifatining tushib

ketishi xos Uyqu samaradorligi uyqu davomiyligining karovatda bo'lgan vaqtga nisbatini hisoblash orqali aniqlanadi Uyqusizlik bir hafta davom etsa, tranzitor, ya'ni o'tib ketuvchi insomniya, bir haftadan bir oygacha davom etsa, qisqa muddatli va bir oydan uzoq davom etsa, surunkali insomniya deb tashxis qo'yiladi. Tadqiqot maqsadi Nevrotik etiologiyali surunkali insomniyaning klinik-psixologik strukturasini jinsga bog'liq holda taqqoslab o'rganish. Material va metodlar Tadqiqot nevrotik etiologiyali surunkali insomniya tashxisi qo'yilgan 66 nafar bemorda olib borildi Erkaklar 34 (1-), ayollar 32 nafar (2-) Kogortaga kiritilganlar yoshi 22–54 yil (o'rtacha $44,2 \pm 5,9$ yil) Barcha bemorlarga klinik-psixologik tekshiruvlar o'tkazildi va ularning har biriga tibbiy-psixologik anketa to'ldirildi (Ibodullayev Z.R., 2018) Psixoemotsional status HADS so'rovnomasi va Gamilton shkalasi yordamida tekshirildi Uyqu sifati ko'rsatkichlari Pittsburg shkalasi (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) yordamida o'rganildi Ushbu so'rovnoma orqali uyquning sub'ektiv sifati, uyqu latentligi, uyqu davomiyligi, uyqu samaradorligi, uyqu buzilishi, uxlatuvchi dorilar qabul qilish va kunduzgi disfunksiya baholandi Ushbu ko'rsatkichlarni ob'ektiv baholab uyqu sifati indeksi aniqlandi Statistik tahlil Exsel 2013 formatida qilindi Natijalar Tadqiqot maqsadi va vazifalaridan kelib chiqib, surunkali insomniya xavotir, fobiya va nevrotik depressiya aniqlangan bemorlarda jinsga bog'lab o'rganildi Uyqu samaradorligi bilan xavotir darajasi orasida teskari korrelyatsion bog'liqlik aniqlandi Erkaklarda, ya'ni 1-da teskari korrelyatsion bog'liqlik uyqu sifati va xavotir darajasi orasida ($r = -0,53$, $r < 0,05$), ayollarda esa uyqu samradorligi va xavotir darajasi orasida ($r = -0,55$; $r < 0,01$) aniqlandi Demak, xavotir darajasi oshgan sayin uyqu sifati va samaradorligi erkaklarda ham, ayollarda ham statistik ishonarli darajada tushishi aniqlandi Tadqiqotlar tahlili shuni ko'rsatdiki, 1-da 73,5 %, 2-da 71,8 % bemorda uyqu davomiyligi 4-5 soatdan oshmadi Bu ko'rsatkichlar bo'yicha jinslararo statistik farq yo'q ($r > 0,05$) Ushbu holatlar kuzatilgan ikkala da ham xavotirli-fobik buzilishlar, nevrotik depressiya va fobiya aniqlanib, bu ko'rsatkichlar hayot sifatini ham 1,4 – 1,6 barobarga kamayishiga olib keldi ($r < 0,05$)

Klinik-psixologik tekshiruvlardan so'ng ikkala jins egalarida ham psixologik testlar yordamida xavotir va depressiya darajalari o'rganildi HADS shkalasi bo'yicha xavotir 1-da $12,5 \pm 1,1$, 2-da $10,3 \pm 1,2$ ($p > 0,05$), depressiya 1-da $11,5 \pm 1,3$, 2-da $12,3 \pm 1,9$ ($p > 0,05$) ni tashkil qildi Ushbu ko'rsatkichlar haqqoniyligini tekshirib ko'rish maqsadida xavotir va depressiya Gamilton shkalasi yordamida ham tekshirildi va quyidagi natijalar olindi: 1-da $19,5 \pm 1,8$, 2-da $20,3 \pm 2,1$ ($p > 0,05$), depressiya 1-da $21,5 \pm 2,1$, 2-da $20,8 \pm 2,4$ ($p > 0,05$) Erkaklarda ham, ayollarda ham aniqlangan o'rta darajadagi xavotir va depressiya ko'rsatkichlari orasida statistik ishonarli farq aniqlanmadi Demak, nevrotik hususiyatga ega surunkali insomniya rivojlanishi jinsga bog'liq bo'lmagan holat bo'lib, ushbu patologiyaning qay darajada namoyon bo'lishi jinsga emas, balki xavotir va depressiya darajasiga bog'liq.

Surunkali insomniya aniqlangan barcha bemorlarda psixoemotsional buzilishlar, ya'ni qo'rquv, xavotir, vahima, depressiya bilan bir qatorda somatoform simptomlar ham aniqlandi Bu holatlar uyqu sifati ko'rsatkichlarining jinsga bog'liq bo'lmagan holda statistik ishonarli darajada tushib ketishi bilan namoyon bo'ldi.

Xulosa Surunkali insomniya uyqu sifati, samaradorligi va davomiyligi bo'yicha erkaklarda ham, ayollarda ham deyarli bir xil darajada uchradi Biroq erkaklarda qo'rquv, xavotir va fobiya surunkali insomniya rivojlanishiga asosiy turtki bo'lgan bo'lsa, ayollarda depressiya asosiy turtki rolini o'ynadi Ikkala da ham bir necha bor kuzatilgan uyquning

o'tkir buzilishlari psixoemotsional buzilishlar natijasida surunkali tus oldi Surunkali insomniya rivojlangan bemorlarda jinsga bog'liq bo'lmagan holda surunkali charchoq sindromi, xavotir va depressiyaning kuchayishi, diqqat tarqoqligi, xotira pasayishi va hayot sifatining tushishi kabi holatlar rivojlandi.

MIOKARD INFARKTI KASALLIGIDA EKG BELGILARINING O'ZGARISHI

Ahrorov Abdulaziz Azizjonovich

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Davolash ishi fakulteti 2-kurs talabasi

Sobirova Dildora Ravshanovna

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Gistologiya va tibbiy biologiya kafedrası dotsenti

Miokard infarkti – YIK (yurak ishemik kasalliklari) kasalliklarining bir ko'rinishi bo'lib, yurak mushaklarining chegaralangan nekrozi hisoblanadi U yurak toj arteriyalarining tromb bilan bekilib qolishi yoki ularning o'tkir siqilishi natijasida paydo bo'ladi Keyingi yillarda miokard infarkti kasalligi tobora ko'payib bormoqda Ayniqsa, 45-60 yoshdagi odamlar orasida kop uchramoqda Erkaklar ayollarga nisbatan miokard infarktiga ko'p chalinadilar 40-50 yoshdagi erkaklar besh barobar ko'p kasal bo'ladilar Ayollar erkaklarga nisbatan 10-15 yil kech kasal bo'ladilar 40 yoshga to'lmagan kishilar orasida ham miokard infarktiga uchraganlar ko'p Miokard infarkti asosan ateroskleroz, gipertaniya, qandli diabet kasalligiga chalingan bemorlarda ko'p uchraydi Elektrokardiogramma (EKG) ma'lumotlari miokard infarkti tashxisida juda muhim ahamiyatga ega, chunki EKG bilan tekshirish infarkt o'rnini aniq belgilashga, miokardning nekroz bo'lgan qismi chuqurligini, kengligini tasavvur qilishga imkon beradi Yurak muskullarining qisqarishi va biopatsiallari EKG yordamida aniqlanadi EKG da 5ta tish mavjud va ular lotin harflari bilan beligilanadi Uchta yirik tishlar ya'ni P, R, T yuqoriga yo'nalgan bo'lib, musbat tishlar deyiladi Ikkita kichik tish Q, S lar esa pastga yo'nalgan bo'lib, manfiy tishlar deyiladi va ular izochiziqdan pastda joylashadi P tish chap va o'ng bo'lmachalar qisqargandagi potentsiallarining algebraik yig'indisi hisoblanadi Uning davomiyligi 0,1 sek ga teng Q tish esa qorinchalarning qo'zg'alishi, qorinchalararo to'siqning yurak uchi, o'ng so'rg'ichsimon muskul va qorinchalar ichki yuzasining depolyarizatsiyasini belgilaydi Voltaji 0-0,3 mv ga teng R tish EKG da eng yuqori tish hisoblanib, yurak asosi va qorinchalar tashqi yuzasining qo'zg'alganligini bildiradi va uning voltaji 0,6-1,6 ga teng S tish qorinchalar miokardini qo'zg'alish to'liq qamrab olganligini bildiradi Voltaji 0,25-0,14 ga teng T tish miokardning repolyarizatsiyasini ko'rsatadi Bu tish EKG da eng ko'p o'zgaruvchi qism hisoblanadi va voltaji 0,25-0,6 mv ga teng QRS kompleksi esa qorinchalar miokardida qo'zg'alishlar qamrab olish tezligini ko'rstadi va 0,06-0,1 sek davom etadi ST segmenti esa ikkala qorincha qo'zg'alganligi tufayli qorinchalar orasida potentsiallar farqi yo'qligini bildiradi va izochiziqda yotadi Miokardning nekroz zonasi EKG ning QRS kompleksidagi o'zgarishlar ko'rinishida, shikastlanish zonasi - ST intervali siljishi, ishemiya zonasi T tishcha o'zgarishlari ko'rinishida ifodalanadi Miokard infarktida nekroz o'choq bo'lganda EKGda qorincha kompleksi o'zgaradi Kasallik belgisi QS (0,04) paydo bo'ladi, chuqurlashgan Q tishchasi ham miokard infarktining belgisidir Elektrokardiogrammadagi o'zgarishga qarab, miokard infarktini 4 davrga ajratish mumkin Juda o'tkir, o'tkir, o'rtacha o'tkir, chandiq hosil bo'lish davri Lekin bu davrlar klinik manzaraning kechishiga to'g'ri kelmasligi mumkin

EKGda miokard infarktining juda o'tkir davrida (2 soat davomida) 1-kuni ST segmentining o'rta chiziqdan ko'tarilib bir tomondan P tishchasi bilan qo'shilib ketganini, ikkinchi tomondan T tishi bilan qo'shilganini ko'ramiz Bu shikastlanish davri hisoblanadi. O'tkir davrda EKG da Q (QS) paydo bo'ladi Bu esa nekroz o'choq paydo bo'lishidan dalolat beradi Ko'tarilgan ST pastga tusha boshlaydi T tishi manfiy bo'la boshlaydi Bir haftagacha davom etadi Ko'rsatilgan ikki davrda EKGda monofazali egri chiziq hosil bo'ladi Bu miokard infarktining o'tkir davriga xosdir Uning o'rtacha o'tkir bosqichida ST segmenti izoelektrik chiziqqa tushadi (ikki hafta ichida), koronar manfiy T bo'ladi Q tishcha hosil bo'ladi Chuqur patologik Q tishcha (QS), manfiy T bemor ilgari miokard infarktini o'tkazilganligini ko'rsatadi, ST segmenti izoelektrik chiziqda bo'ladi Ko'rsatib o'tilgan siljishlar dinamikasi, shuningdek, EKGdagi diskordant o'zgarishlar g'oyat muhim Kasallikning birinchi kunlari EKGni har kuni olib o'rganish kerak EKGdagi o'zgarish kasalik davomida kuzatib boriladi.

Xulosa Miokard infarktining asosida toj arteriyalarining aterosklerozi, spazmi va aterosklerotik pilakchalarga qon quyilishi yotadi Kasallikning asosiy sababi 95% holatda ateroskleroz hisoblanadi Miokard infarktiga chalingan bemorlar infarkt bilan qayta kasallanishi mumkin Qayta miokard infarktiga chalingan bemorlarning ahvoli og'ir bo'ladi Ularda yurak-tomirlar yetishmovchiligi, yurakning maromsiz urishi kabi patologik holatlar paydo bo'ladi

BIZ BILGAN O'SIMLIKNING BIZ BILMAGAN XUSUSIYATLARI

Ashuraliyev Fazliddin Akbarali o'g'li FJSTI TPI yo'nalishi 3-kurs talabasi
Avazxonov Nurolloxon Jaxongirxon o'g'li FJSTI Pediatriya 1-kurs talabasi

Annotatsiya: Ushbu maqolada biz dorivor o'simliklar ba'zi birlarni foydali va zararli tomonlarini yoritib o'tganmiz Dorivor o'simliklar bu, odam va hayvonlarni davolash, kasalliklarning oldini olish uchun, shuningdek, oziq-ovqat, atir-upa va kosmetika sanoatida ishlatiladigan o'simliklar, giyohlardir Shulardan biri anjirdir Maqolamizda anjirni foydali hamda zararli tomonlarini berib o'tganmiz. Kalit so'zlar: be'mor, iste'mol, dorivor o'simliklar, buyrak, ko'z, nafas, qon, suyak, biologik, gemaroy

O'zbekistonda dorivor o'simliklar juda xilma xildir Dorivor o'simliklarda inson organizimi uchun foydali bolgan mikro, makro elementlar, turli aminokislotalar ham mavjud Hozirgi kunda turli sintetik dori vositalarida ham shunday elementlar borku, shular yordamida tezroq davolanadi deyish tabiiy holat, lekin sintetikdori vositalari organizmga foydali bo'libgina qolmasdan zararli tomonlari ham mavjud Masalan, jigar buyrak bunday sinetik dorilardan zarar ko'radigan asosiy organlar qatoriga kiradi Shunday ekan tabiiy dori vositalaridan foydalanish afzaldir.

Dorivor o'simliklardan biri bo'lgan, anjir bilan tanishamiz Anjir mevasi tarkibida 20%-24% qand, 0.5-4.2% pektin, 3-7.4% kletchatka, 0.1% organik kislotalar, karotin, kaliy, kalsiy, natriy, fosfir, temir, magniy, sink, mis, marganes va turli minerallar mavjud. Vitaminlar: A vitamini C vitamini K vitamini B vitamini

Anjir turli yurak xastaliklaridan himoya qiladi Uning mevasi tarkibida kaliy elementi bo'lgani tufayli qon bosimini meyorlashtiradi Qonni suyiltiradi, yurak ritmini tiklaydi.



Uning yana bir ajoyib xususiyati tarkibidagi antioksidantlar tufayli qon va ichaklarni tozalashda faol rol o'ynaydi. Shu bilan birga ko'z va nafas yo'llarida paydo bo'ladigan kassalliklarni oldini olishda yordam beradi. Shu kabi anjirning foydali xususiyatlari bilan birma bir tanishib chiqamiz.

Yo'talga qarshi anjirning quritilgan mevasidan 4tasiga bir stakan sut quyib qaynatiladi. Qaynatib olingan mahsulotni 30 daqiqa tindirib so'ng anjirli sut atalanadi va 3ga bo'lib kun davomida 3martadan iste'mol qilinadi. Tomoq yo'llarini yumshatadi. Yo'talni bartaraf etadi.

Surunkali qabziyat xastaligida 8ta quriq mevani 2stakan suvda 20 daqiqa qaynatiladi. So'ng yarimta yarimta limon suvi bir choy qoshiq zanjabil kukuni qo'shib aralashtiriladi va shisha idishga quyib qopqog'i zich qilib yopiladi. Salqin joyda saqlanadi. 14kun davomida 3mahal ovqatlanish orasida 1 osh qoshiqdan iste'mol qilinadi. Bu amaliyot organizmga yaxshi samara beradi. Ortiqcha vazinga qarshi:

Anjir qon tomirlarni kengaytiradi. Shunday ekan uni venalarni varikoz kasalligida ham iste'mol qilish foydali hisoblanadi. Meva tarkibidagi fisin moddasi qonning quyuvlashishini bartaraf qiladi, tomirlardagi tromblar so'riladi. U organizimdagi shakarning yog'a aylanishini oldini oladi. Tarkibidagi magniy tufayli inson kayfiyati ko'tariladi. Asab sistemasi tinchlanadi.

Artmiyada anjir, mayiz, asal va yong'oqdan teng miqdorda qo'shib, yaxshilab eziladi. Kuniga 2mahal 1 osh qoshiqdan iste'mol qilinadi.

Bronxial astma hurujidan aziyat chekadiganlar 3qoshiq anjir bargiga yarim litr qaynagan suv qo'shib termizga damlanadi. Tayyor bo'lgan damlamani kuniga yarim stakandan 4mahal iste'mol qilinadi.

Jigar sirrozida to'rtta anjir bargi yuviladi. 50g miqdordagi shakar bilan yaxshilab hovonchada eziladi bo'tqa holiga kelganda mahsulot tayyor bo'ladi. Tayyor aralashmani kuniga ertalab kechqurun 14 kun mobaynida 1choy qoshiqda iste'mol qilinadi.

Altsgeymer kasalligini oldini olishda anjir mevasi ayni muddao, sababi anjir antioksidantlar, polifenollar, xun tolasi minerallarning yaxshi manbayi, shuningdek ko'plab aminokislotalar va nol xolestirinni oz ichiga oladi. Ushbu birikmalar Altsgeymer kabi yoshga bog'liq neyrodegenerativ og'ir kasalliklarni oldini olishda juda samara beradi.

Tromb hosil bo'lishida, anjirdan hosil bo'ladigan fitsin fibrinin qon tarkibida hosil bo'lgan oqsil moddani eritish xossasiga ega. Shu tufayli, qon tomirlarda tromb hosil bo'lishga moyli bo'lgan bemorlarga doimo anjir iste'mol qilish tafsiya etiladi.

Anjir mevasida odatdagidan yuqori bo'lganligi tufali oshqozon ichakning sog'lig'ida muhim ahamiyatga ega. Bu ichak harakatini taminaydi. Ovqat hazm qilishni yaxshilaydi.

Anjir mevasi tarkibidagi mis mavjud. Organizmda mis juda katta biologik ahamiyatga ega. Organizmga mis yetishmasligi juda ko'p kasalliklarni keltirib chiqaradi. Jumladan, anemiya, leykositopeniya, trombositopeniya, teri soch irsiy pigmentatsiyasining buzilishi, sklet shakllanishining buzilishi, bo'y o'sishi sekinlashishi, infeksiyalarga moyllik, artirit, artroz, aterosikleroz kabi muammolarni keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, terida ham turli husunbuzarlar toshishi aniqlangan. Bularday dardlarga yo'liqmaslik uchun kuniga 3.4 dona anjir iste'mol qilish maqsadga muvofiqdir.

Ayollar uchun menopauza jarayonini boshidan o'tkazayotganda ko'proq anjir mevasini iste'mol qilish tafsiya etiladi. Anjirni po'sloq qismida ko'krak saratonini oldini oluvchi moddalar mavjuddir.

Vitamin yetishmasligi yani (avitaminozda) ishtahani yaxshilash uchun iste'mol qilinadi. Istemol qilish tartibi 9 dona anjir mevasi qoqisi 1 stakan suv bilan yarim soat qaynatiladi. Keyin ustiga yana yarim stakan suv quyib qaynatib olinadi va sovutiladi. Sovugan damlamaga asal yarim stakan 1 choy qoshiq zanjabil qo'shib aralashtiriladi so'ngra bitta limonning yarim suvi siqib qo'shiladi bu aralashma bir oy mobaynida ertalab och qoringa iste'mol qilinadi.

Gemaroyni oldini olishda ham anjir mevasi ishlatiladi. Buning uchun anjirning yosh barglari ochiq havoda quyosh chiqmaydigan joyda quritiladi. Quritilgan barglar yaxshilab maydalanib 3 choy qoshiq maydalangan anjir bargidan 1 stakan suvga qo'shib yarim soat qaynatiladi va kun davomida qaynatma 2 stakandan ichiladi.

Anjir antioksidantlar, vitaminlar va minerallar manbai: Ayniqsa, to'q rangli yangi anjir; U karotin, lutein, tanin kabi ko'plab antioksidant komponentlarni va A, E, K kabi salomatligimiz uchun foydali vitaminlarni o'z ichiga oladi. Antioksidantlar, minerallar va vitaminlarning boy tarkibi tufayli u tanani zararli tarkibiy qismlardan himoya qiladi, shuningdek, immunitetimiz mustahkam bo'lishini ta'minlaydi.

Insulin chiqarilishini muvozanatlashtiradi. Anjir tarkibida yuqori miqdorda kaliy va magniy borligi sababli insulin sekretsiasini muvozanatlashtiradi. Bu xususiyat tufayli diabetga chalinganlar anjirni ham iste'mol qilishlari mumkin.

Emizikli ayollar ko'p hollarda vitaminsizlikdan aziyat chekadi. Bundan tashqari, ona dieta qilishi zarur. Bu borada anjir iste'mol qilish ona va bola organizmini mikroelementlarga to'yintiradi. Agar birinchi marta anjir iste'mol qilayotgan ona bolasini kuzatishi shart. Sababi bolada allergik reaksiya bo'lishi mumkin.

Anjir mevasi tarkibida magniy mavjud. Bu element yetishmaganda organizmda ishtaha yo'qolishi, tana haroratining pasayishi, ruhiy siqilish, tomirlarni tortilishi, asabiylik vujudga keladi. Bu element yana uyqusizlik bosh og'rig', kamqonlikka sabab bo'ladi. Qon aylanish tizimiga ham bu element yetishmasa yurak ritmi buzuladi, qon ivishi oshib ketadi. Erta qarish ham shu element yetishmaganda kuzatiladi. Demak anjir mevasi insonni yoshartirish hususiyatiga ham ega.

Bu mevada yana, B6 vitamini mavjud. Ushbu vitamin ta'sirida aminokislotalar va oqsillar parchalanadi. Bu parchalanish natijasida ko'plab energiya hosil boladi.

Organizmda rux juda katta ahamiyatga ega. Rux jinsiy garmonlar tarkibiga kiradi va ularni almashinuviga ta'sir ko'rsatadi. Faqat bu almashinuvga ta'sir ko'rsatmasdan quruq yo'talga, qo'pol va dag'al teri shakllanishiga, tirnoq o'sishi buzilishiga olib keladi. Rux yetishmovchiligida yana quydagilarni misol keltirish mumkin. Soch to'kilishi. Ta'm, hid sezishining susayishi. Diareya. Imunitetning tushib ketishi tufayli tez-tez yuqumli kasalliklar bilan og'rish. Ruxiy o'zgarishlar. Teri rangining sarg'ayishi. Tanada juda ko'plab xusunbuzarlar toshishi. Testosteron garmonining oshishi.

Sababsiz vazn yo'qolishi kabi ko'plab holatlar yuzga keladi. Bu holatlarni bartaraf qilish uchun har kuni ertalab nonushtada anjir mevasidan iste'mol qilish muhim.

Anjir mevasi tarkibida temir moddasi, olma mevasinikidan ko'p shu sababli bu mevani kam qonlikda iste'mol qilish juda samarali usul hisoblanadi.

Anjirdan tayyorlanadigan sharbatlar kolit kasalligida davo chorasi sifatida qo'llash mumkin va shu bilan birgalikda ichni ham yumshatganligi tufayli kishi qiynalmasda bu darddan qutulishga yordam beradi.

Sutda qaynatilgan anjir mevasi turli yiringli yaralarni davolashda qo'llaniladi bunda sutda qaynatilgan anjir yiringli yaralarga bosiladi, natijada yiringli yara tezroq yetiladi va yoriladi.

Agan insonning qo'l yoki oyog'idan qadoqlar ustiga mevadan kesib bog'lanadi, tez fursatda qadoqlarni to'kib yuboradi

Anjir sharbati homildor ayollarga ham juda kerakli ozuqa manbayi hisoblanadi Chunki bu meva tarkibida kalsiy va kaliy bor bu esa suyaklanish jarayonida muhim ahamiyatga ega Homila rivojlanishi payitida ona organizimidan ko'plab kalsiy fosforni qabul qiladi Buni ona organizimi tashqi muhitdan olgan holda bolani bu moddalar bilan taminlashi lozim Bunday taminlov bo'lmasa onada suyaklar tuzilishi o'zgaradi, tishlar sinib ketadi Shu sababli, anjir sharbati homiladorlarga tavsiya etiladi.

Hozir biz 100 gramm anjir sharbati tarkibidagi ozuqaviy miqdor bilan tanishamiz.

Umumiy kalloriya:47 Umumiy temir 1% Umumiy uglevod12.3g Xun tolasi 1.9g Protein 0.5g C vitamini 2% Kalsiy 2% Magniy 3% Marganes 4%

Anjir sharbati nega shirin uyqu beradi, degan savol tug'ulgan bolasa, mana javob tarkibida triptofan aminokislotasini mavjudligidir.

Barcha narsani foydali tomoni bo'lgani kabi anjir mevasida ham gulikoza miqdori ko'p bo'lganligi tufayli ayniqsa quritilgan mevasida juda yuqori bo'lganligi sababli qandli diabet kasalligi bo'lgan bemorlar iste'mol qilishi tafsia etilmaydi Lekin uning bargidan tayyorlangan damlama qondagi qand miqdori nazororatini ta'minlaydi.

BOSH MIYA QON AYLANISHINING BUZILISHIGA OLIB KELUVCHI XAVFL OMILLAR.

D.Y.Batirov, A.P.Rahimov, Tajiyev S.Z, Sobirov M.O, X.A.Madrimov

Umumiy xirurgiya yo'nalishi magistranti.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali.

Mavzuning dolzarbligi: Bosh miyada qon aylanishining buzilishi (BMQAB) bilan kechadigan kasalliklar zamonaviy tibbiyotnig dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga qaraganda, bu kasallik barcha mamlakatlarda juda keng tarqalgan Xalqaro multimarkazlar va O'zbekiston bosh nevroptologi G'ofurov B.G tamonidan taqdim qilingan ma'lumotlarga qaraganda gemaragik va ishemik turdagi BMQAB nisbati o'rtacha 4.8 : 1.2 nisbatta ekanligini tasqidlaydi BMQAB ishemik tipining yomon asoratlari nogironlik (80%) hisoblanadi O'tkir davrida esa o'lim ko'rsatgichi 29% ni tashkil qiladi va birinchi yil oxiriga kelib bu ko'rsatgich 59% ni tashkil qiladi Omon qolgan bemorlarning birinchi yili davomida takroriy BMQAB kuzatilishi 5-25%, uchinchi yili 18% va besh yildan keyin 20-40% ni tashkil qiladi Bundan ko'rinib turibdiki, hozirgi vaqtda bu masala faqat tibbiyot muammosi bo'libgina qolmay, balki ijtimoiy vazifalardan biriga aylanmoqda So'nggi yillarda ishemik BMQAB xavfi muammosi barchaning e'tiborini jalb qilmoqda, bu esa hozirgi paytda farmakologiya, klinik tekshiruvlar, kasallikning birlamchi va ikkilamchi profilaktikalari rivojlanganligiga qaramay rivojlanayotgan va rivojlangan davlatlar ichida o'lim va nogironlikning 1/2 qismi uchun asosiy sabab bo'lib qolayotganligi bilan xarakterlanadi Dunyo bo'ylab bir yilda 6 mln

aholi bosh miya BMQAB kasalligi bilan xastalanadi Bosh miya qon-tomir kasalliklarining kelib chiqish sabablarini o‘rganish natijasida bir qancha xavf omillari borligi aniqlandi.

Tadqiqotning maqsadi: Bosh miya qon aylanishining ishemik tipdagi buzilishiga olib keluvchi xavf omillarini chuqur o‘rganish orqali davolash natijalarini yaxshilash

Material va tekshirish usullari Tadqiqot Xorazm viloyati ko‘p tarmoqli tibbiyot markazining qon-tomir jarroxligi bo‘limida bosh miya qon aylanishi ishemik tipdagi buzilishi tashxisi bilan davolangan 80 nafar bemor kasallik tarixi tekshirildi Bemorlarning yoshi 44 yoshdan 75 yoshgacha Tekshirish usullari: So‘rovnoma o‘tkazish, anamnez yig‘ish, Dopler (Uyqu arteriyasini), MRT va MCKT agniografiya, EKG, ExoKG, UTT qorin boshlig‘i a‘zolarini, rentgenografiya ko‘krak qafasini, umumiy qon tahlili, qon biokimyoviy tahlili, koagulogramma (kon ivuvchanligi, ACHTV, trombin vaqti, PTI, MNO, trombositlar soni, fibrinogen) dinamikada.

Natijalar va ularning muxokamasi BMQAB bilan kasallangan 80 nafar bemorlarda kasalxonada davolangan paytida BMQABga olib keladigan xavf omillari baholandi: ateroskleroz (65), yurak ishemik kasalligi (Y.I.K 45), chekish va spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish (31), jismoniy harakatsizlik (gipodinamiya) va ortiqcha vazn (tana massasi indeksi > 30), stress (21); qandli diabet (61), BMQABga olib keladigan havf omillari orasida spirtli ichimlik iste‘mol qilish, stress va gipodinamiya boshqa omillarga nisbatan ko‘pligi aniqlandi.

Xulosa: Demak yuqoridagi natijalrardan ko‘rinib turibdiki birinchi navbatta aterosklerotik kasalliklari, QD kasallikki, Y.I.K bor bemorlar, shuningdek tez-tez emotsional zo‘riqish, kam harakatlik, chekish, tana vazni yuqori bo‘lishi, arterial gipertenziya, yurak qon-tomir sistemasi kasalliklariga irsiy moyilligi bor bemorlar BMQAB kasalligiga chalinish ehtimolligi yuqori bo‘lgan bemorlar hisoblanadi Yuqorida aytilgan xavf omillari bor bemorlar BMQAB ga yo‘l qo‘ymaslik uchun yuqorida keltirilgan tekshiruvlardan har 6 oyda 1 martotaba o‘tib turish tavsiya qilinadi.

KATTA YOSHLI BEMORLARDA YURAK YETISHMOVCHILIGI

Baxromova X.A., Islomova S.T.

Andijon davlat tibbiyot instituti, 1-kurs davolash fakulteti talabasi

Andijon davlat tibbiyot instituti, Tibbiy kimyo kafedrasida dotsenti

Kirish: Yurak yetishmovchiligi — miokard qisqarish qobiliyatining zaiflashuvi va katta yoki kichik qon aylanishi doirasida dimlanish hodisalari tomonidan chaqirilgan o‘tkir yoki surunkali holat.

Dolzarliligi: Yurak yetishmovchiligi — inson o‘limining eng ko‘p uchraydigan sabablaridan biridir Surunkali yurak yetishmovchiligidan aholining 0,5% dan 2% gacha qismi aziyat chekadi, 75 yoshdan kattalarda uning tarqalganligi taxminan 10% ni tashkil qiladi Yurak yetishmovchiligi muammosining dolzarbligi undan aziyat chekuvchi bemorlar sonining faqat ortib borishi, yuqori o‘lim va nogironlik ko‘rsatkichlari bilan belgilanadi Yurak yetishmovchiligining eng ko‘p uchraydigan sabablari orasida (bemorlarning 60-70 foizida) miokard infarkti va YIK ajratiladi Ulardan keyingi o‘rinlarda revmatik yurak kasalliklari (14%) va dilatatsion kardiomiopatiya (11%) turadi.



Tadqiqot maqsadi: Yurak yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarni fiziologik holatini tekshirish va baholash. Tadqiqot materiallari va uslublari: Klinik anamnezni yig'ishda yurak yetishmovchiligining dastlabki belgilari sifatida charchoq va dispnoea e'tibor berish kerak, keyingi o'rinlarda bemorda YIK, gipertenziya, o'tkazilgan miokard infarktlari va revmatik shikastlanishlar, kardiomiopatiya mavjudligiga Kichik boldir shishlari, astsitlar, tezlashgan past amplitudali yurak urishi, III yurak ohangini tinglash va yurak chegaralarining siljishi yurak yetishmovchiligining o'ziga xos belgilari bo'lib xizmat qiladi.

Agar yurak yetishmovchiligi shubha qilinsa, qonning elektrolit va gaz tarkibi, kislota-asos balansi, mochevina, kreatinin, kardiospetsifik fermentlar va oqsil- uglevod almashinuvi ko'rsatkichlarini tekshirish o'tkaziladi EKG ma'lum o'zgarishlar bo'yicha miokard ishemiyasi va gipertrofiyasini, shuningdek aritmiyani aniqlashga yordam beradi.

Tadqiqot natijalari:

Yurak yetishmovchiligi ma'lum kasalliklar oqibatida rivojlanadigan ikkilamchi sindrom bo'lganligi sabab, tashxisiy chora-tadbirlar aniq belgilar bo'lmasa ham, birlamchi kasallikni erta aniqlashga yo'naltirilishi kerak O'tkir yoki og'ir surunkali yurak yetishmovchiligida yotoq tartibi, to'liq ruhiy va jismoniy dam olish belgilanadi Boshqa holatlarda ahvolni yomonlashtirmaydigan o'rtacha yukka amal qilish kerak Suyuqlik iste'moli kuniga 500-600 ml, tuz — 1- 2 g bilan cheklanadi Vitaminlarga boy, oson hazm bo'ladigan parhezga amal qilish tayinlanadi Yurak glikozidlari (digoksin, strofantin va boshqalar) — miokard qisqaruvchanligini kuchaytiradi, uning nasos funksiyasini va diurezni oshiradi, jismoniy zo'riqishlarga bardoshlilikni qoniqarli qiladi;

Vazodilatatorlar va AAF ingibitorlari (enalapril, kaptopril, lizinopril, perindopril, ramipril) — qon tomir tonusini pasaytiradi, vena va arteriyalarni kengaytiradi va buning oqibatida yurak qisqarishlari vaqtida tomirlar qarshiligini kamaytiradi;

Nitratlar (nitrogliserin va uning uzoq muddat ta'sirli shakllari) — qorinchalarning qon bilan to'lishini yaxshilaydi, yurak haydashini oshiradi, toj arteriyalarni kengaytiradi;

Diuretiklar (furosemid, spironolakton) — organizmda ortiqcha suyuqlik ushlanib turishini kamaytiradi;

β -adrenoblokatorlar (karvedilol) — yurak qisqarishlari tezligini pasaytiradi, yurakni qon bilan to'lishini yaxshilaydi, yurak haydashini oshiradi;

Antikoagulyantlar (asetilsalitsil kislota, varfarin) — tomirlarda tromb hosil bo'lishini oldini oladi;

Miokardning metabolizmini yaxshilaydigan preparatlar (B vitaminlari, askorbin kislota, inozin, kaliy preparatlari).

Hulosa qilib aytganda patologiyani chaqiruvchi kasalliklar gipertoniya, yurak nuqsonlari va boshqalar hamda uning paydo bo'lishiga ko'maklashadigan omillarni oldini olish choralarini ko'rish kerak

Rivojlanib bo'lgan yurak yetishmovchiligining kuchayishini oldini olish uchun ovqatlanish ratsioniga amal qilish, jismoniy faoliyatni optimallashtirish, belgilangan preparatlarni vaqtida va meyyorida qabul qilish hamda doimiy ravishda kardiolog nazoratida bo'lish kerak.



**BOLALARDA PNEVMONIYA KASALLIGINI RIVOJLANISH XAVF OMILLARI
VA ETIOLOGIK STRUKTURASINI KECHISH XUSUSIYATLARINI KUZATISH**

**Vahobjonova Guljahon Davolash fakulteti 309- talabasi.
Nurmatova Nargiza Fatxullayevna tibbiyot fanlari doktori
Toshkent tibbiyot akademiyasi**

Maqsad: Bolalarda pnevmoniya kasalligini klinik kechishini va asoratlarini o'rganish, tahlil qilish va tekshiruvlar o'tkazish, oldini olish 18 yoshgacha bo'lgan bolalarda asosiy kasallanish kasalligi bahor, qish mavsumiga bog'liq holda nafas olish sistemasining patologiyalari asosiy o'rin egallaydi. Pnevmoniya natijasida kelib chiqadigan asoratlar erta aniqlash va uni davosini ishlab chiqish talab etiladi

Tekshiruv obyekti: Ilmiy izlanishimiz davomida 20 nafar (12 ta qiz bola -60% va 8 ta o'g'il bola -40%) 0-18 yosh oralig'idagi pnevmoniya bilan og'rikan bolalarda tekshiruv o'tkazdik. Izlanish davomida ular 2 ga bo'lindi 1- 6 ta 30%) bemor pnevmoniya sepsis, o'tkir nafas yetishmovchiligi, kardit, endokardit, enterit, og'ir darajadagi anemiya bilan asoratlangan bolalar, 2- 14 ta (60%) asoratlanmagan bemorlar. Tekshirish usullari: Ishimiz davomida umumiy, anamnestik, bioximik, klinik instrumental tekshiruvlar usullari qo'llanildi. Ko'krak qafasi rentgenogrammasi; balg'amni Gramm bo'yicha bo'yash bilan mikroskopik tekshirish, balg'amni oziqa muhitiga ekish, umumiy va biokimyoviy qon tahlili, qonning gaz tarkibini tahlil qilish, Ko'krak qafasining kompyuterli tomografiyasi, biopsiya o'tkazish bilan bronxoskopiya, qonni oziqa muhitiga ekish, o'ziga xos antiternalarni aniqlash, o'pka biopsiyasi, peshob tahlili kabi tekshiruvlar o'tkazildi

Tekshiruv natijalari: Bemorlarning klinik simptomlari solishtirilganda 1- bemorlarimizda kasallik belgilari (vitamin yetishmovchiligi, nafas olish yetishmovchiligi belgilari, gipertermik sindrom, ko'krak qafasida og'riq, ishtahasizlik, umumiy holsizlik, yo'tal) 2- ga qaraganda kuchli namoyon bo'ldi. Kardit bilan asoratlangan bemorda taxikardiya, gipertrofiya ko'krak sohasida davomiy og'riq, yurak tonlari bo'g'iqlashishi; enterit bilan asoratlangan bemorda ich surilishi, ko'ngil aynishi, hazm faoliyati buzilishi; o'tkir anemiya bilan asoratlangan bemorda darmonsizlik tana rangi o'zgarishi, xotira pasayishi kuzatildi. Ko'plab bemor bolalarda uyquchanlik, holsizlik, umumiy bezovtalik, ishtahaning yo'qligi, tez-tez hech bir sababsiz yig'lash, isitma, ko'pincha subfebril chegaralarda ($37-38^{\circ}\text{C}$), nafas olish tezligi oshishi, nafas yetishmovchiligi simptomlari — burun-lab uchburchagi sianozi (ko'kimtir tus olishi), ayniqsa, yig'layotganda, oziqlanayotganda, yuqori qo'zg'alish kuzatilgan vaqtda barmoq uchlarining ko'karishi belgilari kuzatilgandi.

Xulosa o'rnida shuni aytish mumkinki, Immunitetni mustahkamlaydigan ovqatlar iste'mol qilish, faol turmush tarzini olib borish, Bemor o'z vaqtida, to'g'ri va samarali davolansa, undan asorat qolmaydi. Hatto nimjon va immun tizimi past odamlar vafot etishi ham mumkin. Kasallik keltirib chiqaradigan mikroblardan saqlanish kerak. Dushman bilan kurashishda, agar uning kuchi, texnikasi, shart-sharoiti va qudrati nimalarga qodir ekanini yaxshi bilsak, samarali natijaga erishish mumkin.

**KANAKUNJUT O'SIMLIGINING (RICINUS COMMUNIS) SANOAT
FARMATSIYASIDA QO'LLANILISHI**

G'aniyeva Nafisa Y., Islomova S.T.

**farmatsiya fakulteti 2-kurs talabasi, Tibbiy kimyo kafedrası dotsenti
Andijon davlat tibbiyot instituti**

Kanakunjut - sutlamadoshlar oilasiga mansub o'simlik hisoblanib, ilmiy jihatdan "Ricinus communis" nomi bilan tanilgan Bu O'rta yer dengizi mintaqasi, Sharqiy Afrika va Hindistonda tez o'sadigan, ko'p yillik buta O'simlik urug'idan olingan kanakunjut yog'i (kastor yog'i) turli xil sanoat va dorivor maqsadlarda qo'llaniladi. Qadimgi Misrda odamlar uni ko'z kasalliklarni davolash uchun tabiiy vosita sifatida ishlatishgan va hatto homiladorlik paytida tug'ilishni rag'batlantirish uchun qabul qilishgan. Kastor yog'i ko'p maqsadli o'simlik moyi bo'lib, odamlar ming yillar davomida ishlatib kelgan U Ricinus communis o'simlikining urug'idan yog' olish orqali tayyorlanadi. Kastor loviya sifatida tanilgan bu urug'lar ritsin deb ataladigan zaharli fermentni o'z ichiga oladi Biroq, kastor yog'i ishlab chiqarish jarayonida o'tadigan isitish jarayoni ritsinni o'chiradi, bu esa yog'ni xavfsiz ishlatishga imkon beradi. Kastor yog'i bir qator dorivor, sanoat va farmatsevtika maqsadlarida qo'llaniladi U odatda oziq-ovqat, dori-darmonlar va terini parvarish qilish uchun qo'shimchalar, shuningdek sanoat moylash materiallari va biodizel yoqilg'isi komponenti sifatida ishlatiladi.

Bu yerda kastor yog'ining 4 ta potentsial foydasi va ishlatilishi haqida ma'lumotlarni ko'rib chiqishimiz mumkin.

1 Kuchli laksatif Ehtimol, kastor yog'ining eng mashhur dorivor maqsadlaridan biri bu tabiiy laksatifdir. U ogohlantiruvchi laksatif sifatida tasniflanadi, ya'ni u ichaklarni tozalashga yordam beradigan moddalarni ichak orqali itaruvchi mushaklarning harakatini oshiradi Kastor yog'i oziq-ovqat va farmatsevtika idorasi (FDA) tomonidan ogohlantiruvchi laksatif sifatida tasdiqlangan Rag'batlantiruvchi laksatiflar tez ta'sir qiladi va odatda vaqtinchalik ich qotishni bartaraf etish yoki tibbiy muolajalardan oldin ichakni tozalash uchun ishlatiladi. Umuman olganda, u quyidagicha ishlaydi: kastor yog'ini og'iz orqali iste'mol qilganingizda, u ingichka ichakda parchalanib, kastor yog'idagi asosiy yog' kislota bo'lgan ritsinoleik kislota chiqaradi Keyin ritsinoleik kislota ichak tomonidan so'riladi va kuchli laksatif ta'sirni rag'batlantiradi Bir qator tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, kastor yog'i ich qotishidan xalos bo'lishi mumkin Misol uchun, 2011 yilgi tadqiqot shuni ko'rsatdiki, keksa kattalar kastor yog'ini iste'mol qilganda, ularda ich qotishi alomatlari pasaygan, shu jumladan ichak harakati paytida kamroq zo'riqish va ichakning to'liq bo'lmaganligi hissiyotlari kamaygan.

2. Tabiiy namlantiruvchi Kastor yog'i bir to'yinmagan yog'li kislota bo'lgan ritsinoleik kislota bo'y Ushbu turdagi yog'lar terini namlash uchun ishlatilishi mumkin Ular terining tashqi qatlami orqali suv yo'qotilishini oldini oladigan yoki kamaytiradigan namlantiruvchi sifatida ishlaydi. Kastor yog'i hidratsiyani rag'batlantirish uchun kosmetikada ishlatiladi Ishlab chiqaruvchilar uni ko'pincha loson, bo'yanish va tozalash vositalariga qo'shadilar. Shuningdek, siz do'konda sotib olingan namlantiruvchi va losonlarga tabiiy muqobil sifatida bu boy yog'ni mustaqil ravishda bema'lol ishlatishingiz mumkin. Kastor yog'i qalin, shuning uchun odamlar uni ko'pincha teriga mos keladigan boshqa yog'lar -

bodom, zaytun va hindiston yong'og'i yog'i bilan aralashtirib, ultra namlovchi hosil qiladi. Kastor yog'ini teriga surtish ko'pchilik uchun xavfsiz deb hisoblansa-da, bu ba'zi odamlarda allergik reaksiyaga sabab bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, sof kastor yog'idan foydalanish ba'zi odamlarning terisini bezovta qilishi mumkin, shuning uchun uni jojoba yoki kokos moyi kabi boshqa yog' bilan suyultirish yaxshidir. Kattaroq joylarga qo'llashdan oldin teringiz kastor yog'iga qanday chidashini ko'rish uchun aralashmani terining kichik joyida sinab ko'rish tavsiya etiladi.

3 Yaraning bitishiga yordam berishi mumkin. Kastor yog'ini yaralarga qo'llash shifo berishga yordam beradigan nam muhit yaratadi va yaralar qurib ketishining oldini oladi. Yaralarni davolash uchun klinik sharoitda ishlatiladigan mashhur malham bo'lgan Venelex tarkibida kastor yog'i va Miroksilon balzam daraxtidan olingan balzam Peru balzami aralashmasi mavjud.

4 Tish protezlarini tozalash va saqlash uchun foydali bo'lishi mumkin. Bir qator bakteriyalar va zamburug'lar, shu jumladan Candida zamburug'lari, odatda protezlarda o'sadi. Qizig'i shundaki, tish protezlarini kastor yog'i bilan tozalash stomatit rivojlanish xavfini kamaytirishga yordam beradi, chunki kastor yog'i bakteriyalar va zamburug'larni o'ldirishga yordam beradi. Bir tadqiqot shuni ko'rsatdiki, ifloslangan akril tishlarni 10% kastor yog'i bo'lgan eritmada 20 daqiqa davomida namlash C albicans va boshqa zararli bakteriyalar, jumladan Streptococcus mutans va Staphylococcus aureus sonini kamaytirishga yordam beradi. Bundan tashqari, 2013 yilda protez bilan bog'liq stomatit bilan og'rigan 30 nafar keksa odamda o'tkazilgan tadqiqot shuni ko'rsatdiki, kastor yog'i bo'lgan og'iz yuvish vositasi bilan davolash stomatitning klinik belgilari, shu jumladan yallig'lanishning yaxshilanishiga olib keldi. Yana bir boshqa tadqiqot shuni ko'rsatdiki, tish protezlarini kastor yog'i bo'lgan eritmada cho'tkalash va namlash protez kiygan keksa odamlarda Candida sezilarli darajada kamayishiga olib keldi.

Ta'kidlash joizki, biotexnologiya va farmatsevtika sohasidagi yutuqlar kastor yog'i va uning hosilalari uchun yangi tibbiy ilovalarni ochib bermoqda. Dori vositalarini etkazib berish tizimlaridan tortib teri kasalliklari va yallig'lanish kasalliklarini davolashning yangi usullarigacha, tadqiqotchilar ushbu tabiiy ingredientning terapevtik salohiyatini o'rganmoqdalar.

Umuman olganda, kastor yog'i va uning hosilalari sanoat farmakologiyasida muhim rol o'ynaydi, farmatsevtika, kosmetika, kimyo va qayta tiklanadigan energiya kabi turli sohalarga hissa qo'shadi.

MAXALLIY TARQALGAN ME'DA SARATONI XIRURGIK DAVO NATIJALARINI BAXOLASH

**Xasanov D.Sh Shuhratbekov J.D.
Andijon davlat tibbiyot instituti.**

Mavzuni dolzarbligi: Me'da saratoni onkologik kaslliklar strukturasida dunyoda yetakchi o'rinni egallab, zamonaviy tibbiyot dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda. O'zbekistonda mazkur kasallik xavfli o'smalar ichida stabil 2-o'rinda turibdi. Tibbiyot rivojlanib borishiga qaramasdan me'da saratoni bilan bemorlar asosiy kismi kasallik o'tkazib yuborilgan bosqichlarida aniqlanmoqda. Maxalliy tarqalgan me'da saratoni xirurgik



davo natijalari qoniqarli baxolab bo'lmaydi Bemorlar asosiy qismi radikal operatsiyadan keyin xam kasallik progressiyasi, retsidivi bilan vafot etmoqda Shunday qilib, me'da saratoni radikal davolash bo'yicha tadqiqotlar olib borish dolzarb masala bo'lib qolmoqda.

Tadqiqot maxsadi: Maxalliy tarqalgan me'da saratoni xirurgik davo natijalarini yaxshilash.

Material va uslublar: Tadqiqot 2018-2023 yillarda RIORIATM Andijon filialida me'da saratoni tashxisi bilan davolangan 51 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan Tadqiqotga kiritilgan bemorlarni 3 ta ga bo'lib o'rganilgan: 1-guruxida radikal operatsiya o'tkazganlar 23 nafarni (57 %) tashkil etgan, 2-kichik gurux palliative operatsiya o'tkazganlar 17 (31%) tashkil qildi va 3-kichik da eksplorativ laparotomiya operatsiya o'tkazganlar 11 nafarni (12%)tashkil qilgan.

Tadqiqot natijalari: Maxalliy tarqalgan me'da saratonida prognostik kechish yomon xususiyatga ega bo'lgan infiltrativ o'sish varianti-87,5%ga, gistologik differentsirovkasi G-3, G-4 varianti 69,5%ga ko'p uchraydi Me'da total zaralanishida o'smani 2 va undan ko'p a'zolarga tarqalishi 65,2% ni, faqat 1 ta a'zo o'sib kirishi me'da yukorgi 3/1 qismi o'sma bilan zararlanganda 66,2%ni tashkil qiladi Maxalliy tarqalgan me'da saratonida xirurgik davodan keyingi asaoratlar 25,6% xollarda kuzatilsa, operatsiyadan keyingi o'lim 5,8%ni tashkil qiladi Maxalliy tarqalgan me'da saratonida bemorlar 5 yillik yashash ko'rsatkichi 17,4%ni tashkil qilib, yashovchanlik medianasi 12 oy Maxalliy tarqalgan me'da saratonida 3-4ta a'zolari rezektsiyasi amalga oshirib o'tkazilgan kombinatsiyalashagan operatsiyalar uzoq natijalari qoniqarli emasligini ko'rsatdi Eksplorativ va simptomatik operatsiyalarga nisbatan palliativ operatsiyalar bevosita va uzoq natijalari sezilarli yaxshiligini ko'rsatdi

Xulosa: Maxalliy tarqalgan me'da saratonida xirurgik davodan keyingi asaoratlar 25,6% xollarda kuzatilsa, operatsiyadan keyingi o'lim 5,8%ni tashkil qiladi Maxalliy tarqalgan me'da saratonida 3-4ta a'zolari rezektsiyasi amalga oshirib o'tkazilgan kombinatsiyalashagan operatsiyalar uzoq natijalari qoniqarli emasligini ko'rsatdi.

ME'DA SARATONI XIMIOTERAPIYASI NATIJALARI.

Xasanov D.Sh Shuhratbekov Z.D.

Andijon davlat tibbiyot institute, RIORIATM Andijon filiaali.

Mavzuni dolzarbliigi: O'zbekistonda onkologik kasalliklar strukturasida me'da saratoni stabil 2-o'rinni egallab, xazm trakti a'zolarida uchrovchi xavfli o'smalar 3tadan 1tasi mazkur kasallikga to'g'ri kelmoqda Respublikamizda keyingi vaktlarda tibbiyot birlamchi tizimiga berilayotgan katta e'tiborga qaramasdan me'da saratoni bilan bemorlar asosiy qismi kasallik 3-4-bosqichlarida murojat qilmoqda Kasallik kechki bosqichlarida asosiy maxsus davo ximioterapiya bo'lib qolmoqda Maxsus davo o'tkazilmagan disseminatsiyalashgan me'da saratoni bilan bemorlar yashovchanlik medianasi 3-4 oyni tashkil qiladi Shunday qilib, disseminatsiyalashgan me'da saratoni ximioterapiyasi sxemalar taxlilini o'tkazishga ehtiyoj sezadi.

Tadqiqot maxsadi: Me'da saratoni ximioterapiyasi natijalarini yaxshilash.

Material va uslublar: Tadqiqot 2020-2023 yillarda RIORIATM Andijon filiali ximioterapiya bo'limida disseminatsiyalashgan me'da saratoni tashxisi bilan davolangan 54 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan Bemorlar 2 guruxga bo'linib o'rganilgan, 1-

gurux PF sxemada, 2-guruxga DCF, 3- guruxga CAPEOX sxemada ximioterapiya o'tkazilgan.

Tadqiqot natijalari: Birinchi guruxda ximioterapiya PF: Sisplatin 75 mg/m² 1- kun, 5- ftoruratsil 1000 mg/m² 1-5 kunlar rejimi qo'lanilgan, davo kurs xar 4 xaftada takrorlangan Ikkinchi guruxda ximioterapiya DCF: Dotsetaksel 75 mg/m² 1-kun, Sisplatin 75 mg/m² 1-kun, 5- ftoruratsil 750 mg/m² 1-4 kunlar rejimi qo'lanilgan, davo kurslar xar 4 xaftada takrorlangan Uchinchi guruxda CAPEOX: Oksaliplatin 130mg/m² 1-kyun, Kapesitabin 2000mg/2 sutkada 14 kun rejimi qo'lanilgan, davo kurslar xar 4 xaftada takrorlangan Davo samaradorligi xar 4 xaftada klinik, ultratovush, endoskopik tekshiruvlar yordamida baxolangan Davo samaradorligini taxlil qilishda birlamchi o'sma lokalizatsiyasi, gistologik turi, differensirovka darajasi, aloxida metastazlar mavjudligi, bemor yoshi, jinsi, xamrox kasalliklari e'tiborga olindi

O'tkazilgan davoga ob'ektiv javob 1-guruxda- 10,7%, 2-guruxda- 44,2%, 3-guruxda- 48,2%, jarayon stabilizatsiyasi 44,8%- 67,1%, 72,3%, xayot davomiyligi medianasi o'rtacha 8,5 oy, 12,2 oy, 14,3 oy birinchi, ikkinchi, uchinchi guruxlarda mos ravishda tashkil qilgan.

Xulosa: Disseminatsiyalashgan me'da saratonida DCF CAPEOX sxemada ximioterapiya xayot davomiyligi medianasi o'rtacha 3,7-5,8 oyga ortiradi va kasallik stabilizatsiya vaqtini 23,7%-28,9%ga uzaytiradi.

AVITSENNA –BUYUK OLIM VA TABIB

Daulanova Kh.I , Abiyerova S.M.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti ,Toshkent ,O'zbekiston

Abu Ali ibn Sinoning dunyo tibbiyot ilmiga qo'shgan hissasini o'rganish Ibn Sinoning falsafiy va ilmiy asarlarining salmoqli qismi bizgacha yetib kelgan Asosan arab tilida qisman fors tilida yozilgan Boshqa asarlar qatorida, "Tib qonunlari" Sharq va Evropa olimlariga bir necha asrlar davomida eng katta ta'sir ko'rsatdi

Merosi.Shuningdek, 1016-yilga kelib u Xamada shahrida qo'nim topdi.Xamada shahrida yashar ekan Husayn o'zining asosiy ishi – “Tib qonunlari” nomli kitobini yozib tugatdi Ushbu kitob beshta tomdan iborat:

*1-tom: tibbiyot ilmi – o'tkir va surunkali kasalliklarning ta'rifi, ularning tashhisi, davolanishi, jarrohlik.

*2-tom: tabiiy giyohli dorilar haqida hikoyalar.

*3- va 4- tomlar: inson tanasidagi kasalliklar, a'zolardagi sinishlarni davolash bo'yicha tavsiyalar.

*5-tom: Ibn Sino tarafidan mustaqil tayyorlangan murakkab tarkibli dorilar xususiyatining ta'rifi hamda Yevropa va Osiyodagi qadimgi tabiblarning yo Ibn Sinoning tomir urishi haqidagi falsafasi ham diqqatga sazovordir Olim shuningdek, o'lat, gepatit, vabo va boshqa shu kabi kasalliklarga birinchilardan bo'lib, ta'rif bergan.Qisqa davr ichida Ibn Sinoning “Tib qonunlari” kitobi barcha mamlakatlarda foydalanadigan dunyo miqyosidagi entsiklopediyaga aylandi Uning lotin tiliga tarjima qilinishi kerak bo'lgan yana bir asosiy asari bu "Tib qonunlari" tibbiy risolasi bo'lib, u erta zamonaviy davrda darslik bo'lib qolgan va Padua kabi tibbiyot markazlarida o'rganilgan.Arab tilida yozilgan

ensiklopedik ishi “Shifo kitobi” («Kitab al-Shifa») mantiq, fizika, biologiya, psixologiya, geometriya, arifmetika, musiqa, astronomiya va metafizikaga bag‘ishlangan “

Meditsinaga oid kitoblari.

- “Tib qonunlari” («Kitab al-Kanun fi-t-tibb») - ensiklopedik xarakterdagi asar bo‘lib, unda qadimgi davr mediklarining ko‘rsatmalari arab meditsinasining yutuqlari bilan o‘zaro qayta ishlangan Bu kitobda Ibn Sino kasalliklar allaqanday mayda bo‘laklar oqibatida paydo bo‘lishini ko‘rsatgan U birinchi bo‘lib chechakning yuqumliligiga e‘tibor qaratgan, vabo va o‘latning farqini aniqlagan, moxo‘v kasalligining boshqalardan farqini ko‘rsatib, unga izoh bergan va boshqa bir qator kasalliklarni o‘rganib chiqqan “

- “Dori vositalari” («Al-Adviyat al kalbiya») — Xamadonga birinchi borishi vaqtida yozgan Mazkur asarda pnevma hosil bo‘lganda va namoyon bo‘lganda yurak faoliyati, xususan, yurak kasalligi va davosi haqida batafsil yoritib berilgan.

- “Tabobat haqida doston” («Urdjusa fit-tibb»).

- “Tomir urushi haqida risola” («Risolayi nabziya»).

- “Sirka-asal haqida risola” («Risola fi-s-sikandjubin») — turli tarkibga ega sirka va asalni tayyorlash va kasalliklarda iste‘moli ta‘riflangan.

- “Qon olishda qon tomirlar” («Risola fil-uruk al-mafsuda»).

- «Risola-yi judiya» — quloq, oshqozon, tish kasalliklari ta‘rifi keltirilgan Bundan tashqari, unda gigiyena muammolari keltirilgan

Xulosa.Bizning Sharq va G‘arb mamlakatlari qolaversa butun dunyo tibbiyoti poydevorini Abu Ali ibn Sinosiz tasavvur etib bo‘lmaydi.Insoniyatda texnika asri rivojlanmasdan oldin buyuk olimimiz keyinchalik fan isbotlagan narsalarni aytib o‘tgan.

TANA VAZNINING EKSTREMAL PAST XOLATLARIDA XOMILA VA CHAQALOQLARDA O‘PKANING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI

Djumaniyazova G.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Uzbekiston, Urganch

Mavzuning dolzarbligi.Tibbiyotdagi muhim yo‘nalishlardan biri bu ona va bola salomatligini muxofaza qilish xisoblanadi, bu yo‘nalishda etilmagan xomiladorlikdan tug‘ilgan chaqaloqlar turli xil kasalliklarning neonatal va chaqaloqlar o‘limining rivojlanishida,bolalar nogironligining yuzaga kelishida muhim ahamiyat kasb etadi Bu patologiyaning rivojlanishi Rossiya federatsiyasida 5-10 %ni, shundan 0,2-0,4 %ni tana vaznining ekstremal past xolatlari (500-999 gr) tashkil qilib nogironlikning 40 % shu bilan bog‘liq tarzda rivojlanadi.

Erta tug‘ruqlar natijasida rivojlanadigan neonatal davrda yuzaga keladigan o‘lim sababi bo‘lib asosan chaqaloqlar respirator distress sindromi xisoblanib, bu patologiyaning rivojlanishida xomila oldi muxitining infitsirlanib tepaga ko‘tarilishi muxim o‘rin tutadi deb xisoblanadi Xozirgi kunda respublika xududida, xususan Xorazm viloyati xududida bunga o‘xshash tekshiruv ishlari amalga oshirilmagan, biroq xomilaning 80 % xolatlarda nobud bo‘lishi, tirik qolganlarning xam ko‘pchiligida o‘pka kasalliklari rivojlanishi kuzatilmoqda, shularni inobatga olganda ushbu patlogiyani atroflicha o‘rganish, sabablari, yuzaga kelish mexanizmi, diagnostikasi va davo choralarini ishlab chiqish katta qiziqish uyg‘otadi Xomiladorlikning 22-27 xaftalik davrida xomila o‘pkasining anatomik xususiyatlarini



o'rganish, ekstremal past vazn bilan tug'ilgan chaqaloqlarda (500 grammdan-999 grammgacha) respirator distress sindrom morfologik ko'rinishlarini aniqlash va perinatal o'pka patologiyasining patologoanatomik diagnostikasini takomillashtirish. Xomiladorlikning 22-27 xaftaligida xomila bronxial daraxtining morfologik va morfometrik parametrlarini belgilash, orqali perinatal o'lim xolatlarida o'pka patologiyasini topologik baxolash usulini ishlab chiqish va ekstremal past vazn bilan tug'ilgan chaqaloqlarda respirator distress sindromning patomorfologik xususiyatlarni gestatsion davr va yashash muddatlarni inobatga olgan xolda o'rganish bilan birga chaqaloqlar respirator distress sindromi patogenezida infitsirlangan xomila oldi muxitidan ko'tariluvchi infeksiyaning axamiyatini aniqlash.

Xulosa: qilib aytganimizda, birinchi marta ko'p miqdordagi autopsiya materialada ekstremal kam vazndagi (500-999 gr) xomila va chaqaloqlarda o'pkalarning normal va patologoanatomik tekshiruvlari o'tkaziladi, bunda o'pkaning funksional-struktur xolati topologik tekshiruvlari o'tkazilib, uning respirator distress-sindrom bilan patogenetik bog'liqligi aniqlanadi.

Djumaniyazova G.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Uzbekiston, Urganch

Tana vaznining ekstremal past xolatlarida xomila va chaqaloqlarda o'pkaning morfologik xususiyatlari

Mavzuning dolzarbligi. Tibbiyotdagi muhim yo'nalishlardan biri bu ona va bola salomatligini muxofaza qilish xisoblanadi, bu yo'nalishda etilmagan xomiladorlikdan tug'ilgan chaqaloqlar turli xil kasalliklarning neonatal va chaqaloqlar o'limining rivojlanishida, bolalar nogironligining yuzaga kelishida muhim axamiyat kasb etadi. Bu patologiyaning rivojlanishi Rossiya federatsiyasida 5-10 %ni, shundan 0,2-0,4 %ni tana vaznining ekstremal past xolatlarida (500-999 gr) tashkil qilib nogironlikning 40 % shu bilan bog'liq tarzda rivojlanadi.

Erta tug'ruqlar natijasida rivojlanadigan neonatal davrda yuzaga keladigan o'lim sababi bo'lib asosan chaqaloqlar respirator distress sindromi xisoblanib, bu patologiyaning rivojlanishida xomila oldi muxitining infitsirlanib tepaga ko'tarilishi muxim o'rin tutadi deb xisoblanadi. Xozirgi kunda respublika xududida, xususan Xorazm viloyati xududida bunga o'xshash tekshiruv ishlari amalga oshirilmagan, biroq xomilaning 80 % xolatlarida nobud bo'lishi, tirik qolganlarning xam ko'pchiligida o'pka kasalliklari rivojlanishi kuzatilmoqda, shularni inobatga olganda ushbu patologiyani atroflicha o'rganish, sabablari, yuzaga kelish mexanizmi, diagnostikasi va davo choralarini ishlab chiqish katta qiziqish uyg'otadi. Xomiladorlikning 22-27 xaftalik davrida xomila o'pkasining anatomik xususiyatlarini o'rganish, ekstremal past vazn bilan tug'ilgan chaqaloqlarda (500 grammdan-999 grammgacha) respirator distress sindrom morfologik ko'rinishlarini aniqlash va perinatal o'pka patologiyasining patologoanatomik diagnostikasini takomillashtirish. Xomiladorlikning 22-27 xaftaligida xomila bronxial daraxtining morfologik va morfometrik parametrlarini belgilash, orqali perinatal o'lim xolatlarida o'pka patologiyasini topologik baxolash usulini ishlab chiqish va ekstremal past vazn bilan tug'ilgan chaqaloqlarda respirator distress sindromning patomorfologik xususiyatlarni gestatsion davr va yashash muddatlarni inobatga olgan xolda o'rganish bilan birga chaqaloqlar respirator distress sindromi patogenezida infitsirlangan xomila oldi muxitidan ko'tariluvchi infeksiyaning axamiyatini aniqlash.



Xulosa: qilib aytganimizda, birinchi marta ko'p miqdordagi autopsiya materialada ekstremal kam vazndagi (500-999 gr) xomila va chaqaloqlarda o'pkalarning normal va patologoanatomik tekshiruvlari o'tkaziladi, bunda o'pkaning funksional-struktur xolati topologik tekshiruvlari o'tkazilib, uning respirator distress-sindrom bilan patogenetik bog'liqligi aniqlanadi.

ODAM IMMUN TANQISLIGI VIRUSI PROFILAKTIKASI

Dilmurodova O.B., Kamilova A.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 4 - kurs, Tibbiy profilaktika va jamoat salomatligi, ekologiya va atrof muhit muhofazasi va kimyo fakulteti, Toshkent, O'zbekiston.

Tadqiqot maqsadi: OIV kechishi, asoratlari va xavf omillari ta'sirini o'rganish, OITS bilan kasallanish jarayonini tahlil qilish

Tadqiqot material va usullari: Klinik kuzatuv va ilmiy manbalardan foydalanildi

Tadqiqot natijalari: OIV (Odamning immunitet tanqisligi virusi) - bu odamda kasallikka chidamlilikning etishmasligiga olib keladigan virus OITS bu infektsiyaning natijasidir OITS (orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi) OIV deb nomlangan virus (odam immunotanjislik virusi) sabab bo'lgan sindrom, xalq orasida ko'proq SPID kasalligi nomi bilan tanilgan Kasallik immunitet tizimini o'zgartirib, odamlarni infektsiyalar va kasalliklarga ko'proq moyil qilib qo'yadi Bu sezuvchanlik sindrom rivojlanishi bilan yomonlashadi Odamning immunitet tanqisligi virusi 1983 yilda OITS o'rganilayotgan paytda aniqlangan Bu kasallik birinchi marta erkaklar (gomoseksuallar), giyohvandlar va gemofiliya kasalliklari paytida yuzaga kelgan buzilishlarni kuzatish natijasida aniqlangan Odamning immunitet tanqisligini keltirib chiqaradigan virus Lentivirus jinsining retroviruslar (Retroviridae) oilasiga kiradi Lentivirus lotincha "tush" degan ma'noni anglatadi Virus bir sababga ko'ra shunday deb ataladi: u inson tanasiga kirgandan keyin sekin harakat qiladi Shunga ko'ra, kasallikning dastlabki belgilari uzoq vaqt davomida paydo bo'lmaydi Odamga bu virusni yuqtirish va OITSGa chalinish uchun taxminan 9-11 yil kerak bo'ladi. OIV inson tanasiga kirganda, u birinchi navbatda immunitet tizimining hujayralarini (CD4+ T-limfotsitlar, makrofaglar va dendritik hujayralar) yuqtiradi Natijada, hujayralar asta-sekin nobud bo'ladi OIV faqat immunitet hujayralariga ta'sir qilganligi sababli, inson tanasi oddiy sharoitlarda oson davolanadigan oddiy infektsiyalarga qarshi tura olmaydi

Xulosa: Hozirgi kunda OIV infektsiyasiga qarshi kurashadigan asosiy qurol – bu profilaktika, ya'ni kasallikning oldini olishdir Bunda quyida keltirilgan holatlarga e'tibor berish kerak: OIV infektsiyasi va uning oldini olish bo'yicha aholining boxabarligini oshirish. Giyohvand moddalarni qabul qiluvchilarda OIV infektsiyasi yuqish xavfini kamaytirish. Kasallikning jinsiy yo'l orqali yuqishini oldini olish, tashxis qo'yish hamda o'z vaqtida davolash. Donor qonini OIV infektsiyasiga majburiy tekshirish. OIV infektsiyasini onadan bolaga o'tishining profilaktikasini amalga oshirish. OIV infektsiyasini kasb taqozosi bo'yicha yuqishining oldini olish OIV asosan himoyalangan jinsiy aloqa, ifloslangan shprits, igna va boshqa tibbiy asboblardan orqali ham yuqishi mumkin Virus emizikli onadan bolaga ona suti orqali ham yuqishi mumkin. OIV aniqlangan zahoti antiretrovirus preparatlar bilan davolash infektsiyaning og'irligini va OITS rivojlanish xavfini kamaytirishi

mumkin. Ammo OIVni butunlay davolaydigan dorilar hali ixtiro qilinmagan. Bugungi kunda antiretrovirus terapiya deb ataladigan davolash virusni o'ldirmasdan tanaga yetkazadigan zararni sekinlashtirishi mumkin. Ammo uzoq muddatli davolanish vaqtida OIV unga moslashadi. Keyin davolashning yangi usulini belgilash kerak. Orttilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS) CD4+ T-hujayralari soni 1 mikrolitr uchun 200 hujayradan kam bo'lgan OIV infeksiyasi yoki OIV infeksiyasi bilan bog'liq o'ziga xos kasalliklarning paydo bo'lishi sifatida aniqlanadi. Maxsus davolash bo'lmasa, OIV bilan kasallangan odamlarning qariyb yarmi o'n yil ichida OITSni rivojlantiradi. OITS borligi haqida ogohlantiruvchi eng keng tarqalgan dastlabki holatlar pnevmokist pnevmoniyasi (40%), OIVni yo'qotish sindromi shaklidagi kaxeziya (20%) va qizilo'ngach kandidozidir. Boshqa umumiy belgilar orasida takroriy nafas yo'llarining infeksiyalari mavjud. Ushbu infeksiya keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lgani uchun muhofaza tadbirlari ijtimoiy hayotning barcha soha vakillari ishtirokida olib borilishi lozim. Har bir yigit-qiz bu infeksiyaning tarqalish yo'llari, uning oldini oladigan tadbirlardan xabardor bo'lishi va o'zini undan ehtiyot qilishi kerak.

CYNARA SCOLYMUS L O'SIMLIGINING ILDIZIDAN OLINGAN EKSTRAKTLARNING SARATON KASALLIKLARIGA QARSHI IN VITRO FAOLLIKLARI

Dolimov X.X.

Farg'ona Davlat Universiteti Farg'ona, O'zbekiston

Bugungi kunda inson hayotiga xavf soluvchi, o'lim ko'rsatkichi yuqori bo'lgan kasalliklar bilan kasallanishlar soni ortib bormoqda [1]. Shu kabi xavfli kasalliklardan biri bu saraton kasalligidir. Ushbu xastalikning insonlar orasida tobora ortib borayotganiga ko'plab sabablar mavjud. Ayniqsa hozirda ayollarda ko'rak bezi saratoni, bachadon bo'yni saratoni kabi turlari judayam ko'p uchrayib turibdi [2]. Bunga asosiy sabablardan, normal jinsiy hayotning yo'ga qo'yilmaganligi, ajrimlar sonining ortib borishi, atrof muhit va ozuqalar tarkibidagi ko'plab zararli mahsulotlarni ham ko'rsatib o'tish mumkin. Saraton kasalligiga ko'plab davo choralari ko'rilishiga qaramasdan haligacha ushbu kasallikka to'liq davo bo'luvchi dori vositalari topilganicha yo'q [3].

Biz ham o'z tadqiqot ishimizda Cynara scolymus L ya'ni Artishok o'simligining barglaridan olingan ekstraktlarning saraton kasalligining bir qancha turlariga qarshi in vitro sharoitda biologik faolliklarini tahlil qildik. Buning uchun o'simlikning barglaridan olingan xloroform, etilasetat hamda etil spirtidagi ekstraktlarini bachadon bo'yni servikal adenokarsinomasi HeLa, halqum karsinomasi Hep-2 va ko'krak saratoni HBL-100 kabi saraton hujayralariga nisbatan biologik faolliklari o'rganildi. Tajriba jarayonida sog'lom hujayralarga qarshi ekstraktlarning ta'sirini baholash maqsadida yangi tug'ilgan kalamushlarning terisidan biopsiya usulida olingan fibroblastlardan foydalanildi. Ekstraktlarni biologik faolliklarini baholash uchun musbat nazorat sifatida bugungi kunda saraton kasalliklariga qarshi keng miqyosda foydalanib kelinayotgan Sisplatin dori vositasidan foydalanildi. Tahlil jarayonidan ekstraktlardan 100 mkg/ml konsentratsiyada, saraton hujayralaridan esa 2×10^4 konsentratsiyada olindi.

Natijada tekshirilgan ekstraktlardan bachadon bo'yni servikal adenokarsinomasiga eng yuqori ingibirlash ko'rsatkichi etanolli ekstraktida 77,5%, aniqlandi. Etilasetatli va

xloroformli ekstraktlar mos ravishda 60% va 21,9% ko‘rsatkichlarni qayt etdi Musbat nazorat sifatida olingan sisplatin vositasida esa ingibirlash darajasi 86,5% ni tashkil qildi Halqum karsinomasi Hep-2 ga nisbatan eng yuqori faollik esa etilasetatli ekstraktda kuzatilib uning ingibirlash qiymati 55% ni tashkil etdi Ko‘krak saratoni va T-limfoblastik leykemiya saratoni hujayralariga esa ekstraktlarda deyarli samarali ta’sir kuzatilmadi Sog‘lom fibroblast hujayralariga qarshi ta’sirining eng past ko‘rsatkichi etilasetatli ekstraktda aniqlanib ta’sir kuchi 20% ni tashkil qildi Hozirda ushbu tekshirib ko‘rilgan ekstraktlardan ikkilamchi metabolitlarni tozalab ajratib olish va ularni saraton hujayralariga qarshi ta’sirini o‘rganish ustida tadqiqot ishlari davom ettirilmoqda.

**QURUQ EKSTRAKTSIYALASHGA ASOSLANGAN QICHITQI O'TI
(URTICA DIOICA L.) VA QIZILMIYA (GLYCYRRHIZA GLABRA L.)
KAPSULLARNI STANDARTLASHTIRISH.**

**Yo‘ldosheva Nozimaxon,
2-kurs farmatsiya fakulteti talabasi Islomova S.T ADTI, Tibbiy kimyo kafedrası
dotsenti**

O‘zbekiston va Oltoy o‘lkasida o‘sadigan urtica turkumiga mansub o‘simliklarning yer usti qismi (dioikli qichitqi o‘t, kanop o‘ti, qichitqi o‘ti) har tomonlama o‘rganilgan Quruq ekstraktlar qichitqi o‘t o‘tining ikki tomonlama o‘ti, qichitqi o‘ti o‘ti, qichitqi o‘ti o‘tidan olingan Quruq kanop qichitqi o‘ti ekstraktining texnologik xususiyatlarini o‘rganishda yuqori namlik o‘rnatildi, shuning uchun yordamchi moddalar qo‘shilishi bilan kapsulalangan shakl tarkibini ishlab chiqish zarurati tug‘ildi.

Quruq qichitqi o‘ti ekstrakti bilan kapsulalarning farmatsevtik mavjudligini standartlashtirish va baholash amalga oshirildi Kapsulalarning sifat ko‘rsatkichlari aniqlandi: tavsifi, haqiqiyligi (aniqlangan: xromogen kislota, shaftozid, rutin, robiniya, quercitrin, apigenin tuzilishi flavonoidi) Flavonoidlarning kversetin bo‘yicha miqdoriy tarkibi $2,05 = 0,04\%$ ni tashkil etdi Kapsulalarning farmatsevtik mavjudligi aniqlangan: kapsulalarning parchalanishi 20 daqiqadan kam, erishi 70% dan ortiq.

XIII nashrning Davlat farmakopeyasi (2015) va Umumiy farmakopeya maqolasi (UFM) "Kapsulalar" va OST 91500.05.001-00 "Dori vositalarining sifat standartlari Asosiy qoidalar" quyidagi sifat ko‘rsatkichlarini tartibga soladi: tavsifi, haqiqiyligi, o‘rtacha kapsula og‘irligi, massaning og‘ishi har bir kapsulaning tarkibi, har bir kapsula tarkibidagi massaning og‘ishi, parchalanishi, erishi, biologik faol moddalar tarkibini miqdoriy aniqlash [1].

Kenevir qichitqi o‘ti ekstraktini tadqiq qilish va standartlashtirish jarayonida flavonoidlar, fenolkarboksilik kislotalar (shaftozid, robinin, quercitrin, apigenin tuzilish flavonoidi, xlorogen kislota, gal kislota) dan iborat biologik faol birikmalar majmuasi aniqlandi [2].

Urtican kapsulalaridagi fenolik birikmalarining haqiqiyligi va miqdoriy tarkibini aniqlash, kenevir qichitqi o‘tining quruq ekstraktini standartlashtirish uchun ishlatilgan Parchalanish laboratoriya qurilmasida "Swinging savat" da aniqlandi Sinov uchun har bir seriyadan quruq ekstrakti bo‘lgan oltita kapsula tanlab olindi, bittasi qurilmaning har bir trubasiga joylashtirildi, bu esa o‘z navbatida $37 \pm 2^{\circ} \text{C}$ haroratgacha qizdirilgan suv bilan idishga tushirildi Namuna olish amalga oshirildi 20 daqiqaga tashqariga chiqing.

Kapsulalarning sifatini "Eritish" indikatori bo'yicha baholash "aylanuvchi savat" tipidagi qurilma yordamida amalga oshirildi Sinov davomida savat erituvchi muhitda - xlorid kislotasi eritmasida 0,1 M (eritish muhitining hajmi 900 ml) daqiqada 100 aylanish tezligida aylantirildi Aniqlash jarayonida termostat yordamida $37 \pm 2^{\circ} \text{C}$ harorat saqlanib qoldi Sinov namunasi (bittakapsula) quruq savatga joylashtirildi, u eritish muhitiga tushirildi, shunda idishning pastki qismiga masofa $20 \pm 2 \text{ mm}$ bo'ladi.

Qichitqi o'ti ildizining quruq ekstrakti tarkibida flavonoidlar, xlorofill, karotinoidlar, tanin mavjud Qichitqi o'ti ildizi ekstraktining ta'siri testosteronning 17β -estradiolga metabolizmini katalizlaydigan aromataza fermentini blokirovka qilish bilan bog'liq Prostata to'qimalarining o'sishini kamaytiradi, siyish buzilishlarini bartaraf qiladi Sterollar, kumarinlar, qichitqi o'ti ildizi ekstrakti mavjudligi tufayli yallig'lanishga qarshi, antiproliferativ va immunomodulator xususiyatlarga ega.

Yalang'och qizilmiya ildizi va ekstrakti moddalarining xromatografik profili Belgilari: 1 – qizilmiya ildizlarini yalang'och holda suv-spirтли olish; 2 – qizilmiya ekstrakti suyuqligi; 3 - glitsiram; 4 - glycyrrhizic kislotasi; 5 – likvorazid.

Qizilmiya ildizlarining saponinlari va flavonoidlarining fizik-kimyoviy va spektral xossalarini o'rganish asosida likurazid va glitsiramning standart namunalaridan foydalangan holda ushbu o'simlikning xom ashyo va preparatlarini standartlashtirishga yangicha yondashuvlar taklif etiladi Qizilmiya ildizlari va suyuq ekstraktini spektrofotometriya yordamida sifat va miqdoriy tahlil qilishning yagona usullari ishlab chiqilgan.

Qizilmiya ekstrakti suyuqligidagi glitsirizin kislotasini va flavonoidlar miqdorini miqdoriy aniqlash usulining metrologik tavsiflari bitta aniqlash xatosi mos ravishda $\pm 4,78\%$ va $\pm 3,95\%$ ekanligini ko'rsatadi.

BOLALARDA VA KATTA YOSHDAGI O'TKIR PNEVMONIYAGA CHALINGAN BEMORLARNI KLINIK KECHISH XUSUSIYATLARI.

Eshqobilov O.A Ulashova D.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali Termiz O'zbekiston.

Tadqiqot maqsadi: Hozirgi zamon tibbiyot yutuqlariga qaramasdan, pnevmoniya og'ir kasallik bo'lib butun dunyoda bolalar o'limining sababchisi hisoblanadi Pnevmoniya kattalarga nisbatan bolalarda bir muncha og'irroq kechadi Sababi, ularda immun tizimi yaxshi rivojlanmagan, shu bois ham bolalarda tana harorati ko'tarilmasligi mumkin Bunday holatlarda ota-onadan ziyraklik talab etiladi Shuningdek, bolalarda mukosiliar klirens yaxshi rivojlanmagani hisobiga, unda dastlab quruq yo'tal, so'ngra, infeksiyaning tezda o'pkaga o'tish holatlari kuzatiladi.

Tadqiqot materiali va usullari: Pnevmoniya yoki zotiljam — o'pkaning yallig'lanishi, o'tkir infeksiyon kasalliklar toifasiga kiradi Pnevmoniyaning qo'zg'atuvchisi viruslar, bakteriyalar va zamburug'lar bo'lishi mumkin Shuningdek aspiratsion pnevmoniya va o'pka to'qimalarida saraton o'simtasining markazi atrofida rivojlanib boruvchi parokankreatik pnevmoniya kabi turlari ham mavjud

Pnevmoniyada o'pka alveolalari suyuqlik bilan to'lib qoladi, bu kislorodning qon tomirlariga o'tishiga to'sqinlik qiladi Infeksiyalanishdan so'ng infeksiyon agent nafas olish bronxiolalarining epiteliysida o'rtnashadi va ko'paya boshlayadi, natijada turli shakllardagi



(yengil kataral shakldan nekrotik shaklgacha) o'tkir bronxit yoki bronxiolit rivojlanadi Mikroorganizmlarning bronxiolaridan tashqariga tarqalishi o'pka to'qimalarining yallig'lanishiga yoxud pnevmoniyaga olib keladi Bronxial o'tkazuvchanlik buzilganligi sababli atelektaz o'choqlari paydo bo'ladi Yo'talish va aksirish refleksi yordamida organizm bronxlar o'tkazuvchanligini tiklashga harakat qiladi, ammo natijada infektsiya sog'lom to'qimalarga tarqaladi va pnevmoniyaning yangi o'choqlari paydo bo'ladi.

Tadqiqot natijalari: Gemogrammada leykositoz neytrofil siljishlar va yuqori EChT bilan ifodalangan Umumiy alomatlarining ustunligi kasallik diagnostikasini qiyinlashtiradi Zarur diagnostika uchun o'pkaning rentgenogrammasi va exoskanerlanishi hal qiluvchi usul bo'lib xizmat qiladi Diagnostika va to'g'ri davolash usulini tanlashning qiyinligini hisobga olgan holda, biz O'BD shakllari klinikodiagnostik xususiyatlarining murakkabligi va asoratlar og'irligi o'sib borishi tartibini alohidaalohida izohlashni maqsadga muvofiq deb topdik

Xulosa: Pnevmoniyaning har qanday turi xavfli asoratlarga olib keladi va butun organizmga salbiy ta'sir qiladi Kasallikka asosiy sabab immunitetning norma holatdan pasayishidir Har bir shifokor krupoz pnevmoniyaning etiologiya va patogenezini bilishi shart, zero ularga tayanib kasallikning oldini olish va samarali davolash yo'llarini ishlab chiqish mumkin Antibiotiklar qo'llanilganda odatda prognoz ijobiy bo'ladi Antibiotiklarni qabul qilgandan keyin ichak florasi ko'p hollarda mustaqil ravishda tiklanadi va qo'shimcha preparatlar qabul qilishni talab qilmaydi

Jarrohlik amaliyotini o'tkazgan barcha bemorlarda innovatsion audioterapiyani qo'llash va uning samarasi.

Jabbarov Xurshid Nizomaddin o'g'li Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Tibbiy profilaktika,SSB va xorijiy talabalar fakulteti 2-bosqich talabasi Komilova Dilrabo Raximboy qizi Davolash fakulteti 4-bosqich talabasi Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali TTA Urganch filiali Jamoat salomatligi va Sog'liqni saqlashni boshqarish kafedrasasi assistenti Ro'zimatov Fazliddin Isomiddin o'g'li

Muammo.Asosoan barcha jarrohlik amaliyotidan keyin bemorlarning tuzalib ketishida turli-tuman muammolar ko'p uchraydi.Bunda travma hajmining kattalashishi sari uning qayta oldingi holatiga tiklanishi shunchalik qiyinlashadi Bunda turli xil katta operatsiyalarda yoki travmatologik suyak bitishi jarayonlarida bemorning umumiy ahvoli ham juda muhim o'rin tutadi Bemorda turli og'riqlar natijasida yuzaga keladigan kuchli stress va qo'rquv holatida tuzalish jarayonlari yanada kechikishi mumkin Bundan tashqari tug'ish va kesarcha kesish operatsiyalarida ham bemorlardagi kuchli o'g'riqlar, amaliyotdan keyingi to'qimalar tuzalishini kechiktiradi Bunday jarayonlarda ham bemor va ham shifokorga kuchli ta'sir qiladigan audioterapiya innovatsion yondashuv hisoblanadi Rivojlarga chet davlatlarida audioterapiyaga bag'ishlangan alohida klinikalar mavjud.

Audioterapiya - bu maxsus suyak o'tkazuvchan naushniklar yordamida miyaning akustik (tovush) stimulyatsiyasi Ovoz miyaga quloqning eshitish nervi va temporal mintaqaning suyagi orqali uzatiladi Musiqaning inson ruhiy va jismoniy holatiga sezilarli ta'sirini tasdiqlagan birinchi odamlardan biri yunon olimi Pifagor edi Islomiy Sharq tibbiyotining donishmandi Abu Ali Ibn Sino "Tib qonunlari" da musiqaning terapevtik vosita sifatida ta'siri haqida yozgan Bugungi kunda foydalanishning asosiy printsiplari Alfred Tomatisning neyrofiziologik usuliga asoslangan bo'lib, u tovushning shikastlangan miya hujayralarini rivojlantirish va almashtirishga qodir ekanligini isbotladi Suyak orqali miyaning temporal qismlariga tovush etkazib berilishi tufayli korteksning nutq va motor

markazlari hamda nutq va nutq bo'lmagan tovushlarni, shovqinlarni, ritmlarni idrok etish va ko'paytirish uchun mas'ul bo'lgan subkortikal tuzilmalar faollashadi, psixo-emotsional holat barqarorlashadi, og'riq sindromi kamayadi Musiqa-bu nafaqat biz miriqib eshitadigan narsa bo'libgina qolmay, og'riqni yengillashtiradigan, stressni oldini oladigan, o'zingizni tushuntirishga yordam beradigan va muloqotdagi to'siqlarni bartaraf eta oladigan narsadir

Bundan tashqari, meta tahlillar shuni ko'rsatadiki, audioterapiya turli travmalardan keyin rivojlangan yoki tug'ma demans, shizofreniya va depressiyani yengishda samarali ta'sir ko'rsatadi Alfred Tomatisning printsipiga ko'ra musiqa mushaklarning bo'shashiga yordam beradi, ayniqsa tez yugurish va semirib ketgan odamlarning yaxshi jismoniy holatini saqlab qolish uchun qo'shimcha reabilitatsiya terapiyasi sifatida ishlatilishi mumkin Bundan tashqari, musiqa kayfiyat va hissiyotlarga rag'batlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi, bu esa sport ruhini saqlashga imkon beradi va shu bilan fitness yutuqlariga uzoq muddatli ta'sir ko'rsatadi. Muayyan turdagi musiqani tinglash yurak urishini sekinlashtirishi va qon bosimini pasaytirishi mumkin Tadqiqotchilar musiqa va sukunatning turli xil kombinatsiyalarini sinab ko'rishdi va ritmik va sokin kuylar qon oqimi va yurakka eng yaxshi ta'sir ko'rsatishini aniqladilar

TAJRIBA. Biz TTA Urganch filiali klinikasida ilmiy rahbarim bilan birgalikda tajriba qilib ko'rdik, bunga ko'ra 100 nafar bemorlarning 50 nafariga musiqa terapiyasini qo'llab, qolgan yarmiga bu musiqiy terapiyani qo'llamadik Davolanish muddati 10 kun edi Natija esa quyidagicha: 50 nafar musiqiy terapiyani qo'llagan bemorlarimiz qolganlarga nisbatan 2 kun oldinroq shifoxonamizdan chiqishdi Ya'ni, 8 kunda tuzalib ketishdi Bu usulni butun o'zbekistonning klinikalarida qo'llash yanada yaxshi natija beradi Audioterapiya nafaqat terining elastikligi va suyaklarning tez bitishini ta'minlaydi balki bundan tashqari ko'plab kasalliklarda qo'llash mumkin.

Turli tashxisli bolalar uchun audioterapiya tavsiya etiladi: Miya falaj, OPGM, PPCNS, RCSON; hissiy alaliya motor alaliyasi; nutq va aqliy rivojlanishdagi har qanday kechikishlar; tizimli nutqning kam rivojlanganligi, OSD; autizm va ASD, kognitiv buzilish sindromi; diqqat etishmasligi giperaktivligi buzilishi; aloqa buzilishi; qo'l motorli ko'nikmalarini buzish, disgrafiya; qon tomirlari va TBIdan keyin nutq va vosita ko'nikmalarini tiklash va boshqalar.

KATTA YOSHLI AYOLLARDA BIRINCHI HOMILADORLIK VA TUG`RUQNING KECHISHI

**Zarifboyeva H.I. Ilmiy rahbar: Duschanova Z.A.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, O'zbekiston**

Zamonaviy tibbiyot nuqtai nazaridan qaralganda 35 yoshdan katta ayollardagi birinchi tug`ruq kech tug`ruqlar hisoblanadi Hozirgi kunda ayollar orasida kech turmush qurish holatlari ko'p kuzatilmoqda Shu tufayli katta yoshli ayollarda birinchi homiladorlik va tug`ruqning kechishining o'ziga xosligi ko'pchilikda qiziqish uyg'otadi, chunki katta yoshli ayollarda yuzaga kelgan ginekologik va somatik kasalliklar fonida homiladorlik va tug`ruq asoratli kechib, ona va bola salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi

Tadqiqotning maqsadi: katta yoshli ayollarda birinchi homiladorlik va tug`ruqning kechishini, perinatal natijalarini o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: 50 nafar 35 yoshdan 49 yoshgacha boʻlgan ayollarda birinchi homiladorlik va tugʻruqning kechishi hamda perinatal natijalar oʻrganildi

Tadqiqot natijalari: Tadqiqot davomida kech homiladorlik sababi oʻrganilganda ayollarning 12 (24%) nafarida kech turmush qurganligi va qolgan 23 (46%) nafarida ginekologik kasalliklar mavjudligi va shulardan 16 (32%) nafar ayolning anamnezida birlamchi bepushtlik, 6 (12%) nafarida bachadon miomasi va 1 (2%) nafarida adenamioz mavjudligi aniqlandi

Somatik kasalliklari oʻrganilganda ayollarning 31 (62%) nafarida kamqonlik, 6 (12%) nafarida semizlik, 4 (8%) nafarida siydik yoʻllari infeksiyasi, pielonefrit va 3 (6%) nafarida qalqonsimon bez kasalliklari, 2 (4%) nafarida gipertoniya kasalligi, 1 (2%) nafarida qandli diabet aniqlandi Ushbu ayollarning 30 (60%) nafarida homiladorlik asoratlari kuzatildi Hhulardan, 23 (46%) nafarida oʻrta va ogʻir darajali preeklampsiya, 5 (10%) nafarida homiladorlik jigar ichi xolestazi, 2 (4%) nafarida normal joylashgan yoʻldoshning barvaqt koʻchishi aniqlandi Perinatal natijalarga koʻra homiladorlarning 3 (6%) nafarida homila rivojlanishining ortda qolishi, 5 (10%) nafarida homila noturgʻun holati aniqlandi Ayollarning 13 (26%) nafarida muddatidan oldingi tugʻruq, 35 (70%) nafarida muddatdagi va 2 (4%) nafarida muddatidan oʻtgan tugʻruq kuzatildi 24 (48%) nafar ayolda (13 (26%) nafarida rejali, 11 (22%) nafarida shoshilinch) kesar kesish amaliyoti oʻtkazilgan va 26 (52%) nafari tabiiy tugʻruq yoʻllari orqali tugʻgan Konservativ olib borilgan tugʻruqlarning 4 (8%) nafarida amniotomiya, 4 (8%) nafarida tugʻruq induksiyasi va dard sustligi tufayli 8 (16%) nafarida tugʻruq stimulyatsiyasi oʻtkazilgan, 3 (6%) nafarida ilk chilla davrida bachadon atoniyasi tufayli qon ketishi kuzatilgan

Chaqaloqlarning umumiy ahvoli baholanganda 2 (4%) nafarida oʻrta va ogʻir asfiksiya kuzatilgan Umumiy chaqaloqlarning 13 (26%) nafarini yetilmagan, 31 (62%) nafarini yetilgan chaqaloqlar tashkil qilgan Yangi tugʻilgan chaqaloqlarning tana vazni 29 (58%) nafariniki 2500-3999 gr, 15 (30%) nafariniki 2500gr dan kichik va 6 (12%) nafariniki 4000gr dan katta boʻlib, 2500gr dan kichik vaznli chaqaloqlarga reanimatsiya va intensiv davolash boʻlimlarida yordam koʻrsatilgan

Xulosa: Tadqiqot natijalari 35 yoshdan 49 yoshgacha boʻlgan ayollarda ginekologik va somatik kasalliklar homiladorlik va tugʻruqning asoratli kechishiga, perinatal xavfni hamda operativ tugʻruqlar sonini ortishiga sabab boʻlayotganini koʻrsatdi

Shulardan kelib chiqib, 35 yoshdan keyingi homiladorliklarni oldini olish, ginekologik va somatik kasalliklarni oʻz vaqtida aniqlab, davolash, ona va homilaga boʻlgan asoratlarni kamaytirib, perinatal natijalarni yaxshilaydi.

AHOLISINING KASALLANISH DARAJASIGA TASHQI MUHIT IFLOSLANISHINING TAʼSIRI

Ibragimov A.U., Rasulov Sh.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali, Termiz, Oʻzbekiston

Soʻnggi oʻn yillarda kuzatilayotgan aholi salomatligining yomonlashishi atrof-muhitning turli omillarining zararli taʼsiri bilan bogʻliq ekanligi maʼlum Atrof-muhitning uzoq vaqt davomida ifloslanishi moslashtiruvchi mexanizmlarning zoʻriqishi va ishi buzilishi, asosiy kasalliklarning xususiyatlari va kechishi oʻzgarishi, ekologik bogʻliq



kasalliklar, irsiy va tug‘ma nuqsonlar tarqalishining o‘sishi, shuningdek, perinatal va chaqaloqlar o‘limi soni oshishi, o‘rtacha umr ko‘rish davomiyligining kamayishi bilan birga kuzatiladi.

Olimlarning ma‘lumotlariga ko‘ra, ijtimoiy-iqtisodiy va ekologik omillar aholi salomatligi holatiga ta‘sir qilish bo‘yicha yetakchi o‘rin egallaydi JSST ma‘lumotlariga ko‘ra, ijtimoiy omillar ulushi 50%ni tashkil etadi, atrof-muhit omillari ta‘sirining ulushi esa hududiy sharo-itlar, yuzaga keluvchi omilni qayd qilish uslublariga va ekspozitsiyaga bog‘liq bo‘lib, 24 dan 33% gacha tashkil qiladi

Bolalar organizmi atrof-muhitning turli omillari ta‘siriga ortiqcha zo‘riqishi tufayli ham bolalar populyatsiyaning nisbatan nozikroq qismi hisoblanadi, bolalar organizmining o‘sishi va yetilishi jarayonlari intensiv ravishda kechadi, shu tufayli atrof-muhitni tashkil etuvchi barcha tarkibiy qismlar unga ta‘sir o‘tkazadi.

Texnogen omillar intensivligi nisbatan yuqori bo‘lmaganida, salo-matlik holatining buzilishi uzoq vaqtdan so‘ng - organizmning bolalarda nisbatan erta yuzaga keladigan kompensator zahiralari tamom bo‘lishi oqibatida namoyon bo‘ladi Bunday holatlarga surunkali stress sifatida qaralishi, hamda keyinchalik funksional zaxiralarning tugashi kuzatiladi.

Maqsadi: Surxondaryo viloyati aholisining kasallanish darajasiga tashqi muhit ifloslanishining ta‘sirini o‘rganish va profilaktik chora tadbirlar.

Kutilayotgan natijalar: Atmosfera havosi ifloslanishi darajasiga sanoat korxonalari, qishloq xo‘jaligida ishlatiluvchi pestitsidlar va o‘g‘itlar, aholi yashash joylarining obodonlashtirilish darajasi, tuproq sathining o‘ziga xosliklari, bir qator tabiiy va antropogen omillar ta‘sir o‘tkazar ekan, uning ifloslanishi darajasi shahar va qishloq tumanlarida bir xil bo‘lmasligini kutish mumkin.

Termiz shahrida atmosfera havosi ifloslanishining nisbatan uzluksiz nazorat qilinib, yillik tekshirilgan jami namunalarning natijalariga ko‘ra nostandart namunalar ulushining ko‘rsatkichlari 5,3%dan (2016 yilda) 14,6%gacha (2020 yilda) o‘zgarib turgan, 5 yillik o‘rtacha ko‘rsatkich esa 9,9+1,9%ni tashkil etgan

Biz tajriba uchun tanlab olgan, Surxondaryo viloyatining turli joylarida joylashgan tumanlardagi atmosfera havosi nostandart namunalar ulushi ahamiyatli darajada o‘zgarib turdi Angor tumanida yillar bo‘yicha 0,1dan 1,6% gacha (5 yilda o‘rtacha 0,3+0,2%), Jarqo‘rg‘on tumanida - 2,6dan 13,4%gacha (o‘rtacha 6,4+3,6%), Termiz tumanida - 6,8dan 17,3%gacha (o‘rtacha 10,5+3,4%) bu ushbu tumanlarda atmosfera havosi ahamiyatli darajada ifloslanganligidan darak beradi.

Bizning fikrimizcha, yuqorida qayd etilgan shahar va qishloqlardagi, shuningdek, turli tumanlardagi atmosfera havosining nostandart namunalar ulushi ko‘rsatkichlari yetarli darajada har xil ekanligi ular tarkibidan aniqlanadigan ifloslantiruvchilar (chang, gazlar va pestitsidlar) ingredie-ntlarining miqdoriy nisbatiga bog‘liq.

Atmosfera havosining gazsimon ingredientlar bilan ifloslanishini laboratoriya nazorati qishloq joylarda qariyb o‘tkazilmagan

O‘rganilayotgan davrda Surxondaryo viloyatining qishloqlari atmosferasidagi chang miqdorini aniqlash uchun 1267 namuna olingan, ulardan 145ta namuna nostandart bo‘lib chiqqan Shu tariqa, nostandart namunalar ulushi o‘rtacha 5 yil uchun 17,48+5,15%ni tashkil etdi (yillar bo‘yicha 8,06%dan 32,09%gacha o‘zgarib turgan holda)

Qishloq aholisi orasidagi birlamchi tibbiy nazorat ko'rsatkichlari (TN) va tumanlaridagi tashqi muhit ob'ektlarining 2016-2020 yillarda pestitsidlar bilan ifloslanganligining ko'rsatkichlari orasidagi korrelyatsion bog'liqlikni aniqlash maqsadida Pirson usuli bo'yicha hisoblashlar amalga oshirildi. Qishloqlari aholisi orasidagi tug'ma nuqsonlar (TN) ko'rsatkichlari va tashqi muhit ob'ektlarining pestitsidlar bilan ifloslanganligi orasidagi ishonchli o'rtacha to'g'ri korrelyatsion aloqa aniqlandi ($r_{xy}=0,41$; $m_r=0,074$). Amalga oshirilgan tadqiqotlar va hisob-lashlar asosida organizmga pestitsidlar ko'proq tushadigan qishloq aholisi TN bo'yicha xavf i ga kirishini aniqlandi.

Xulosa: Yuzaga kelgan noqulay ekologik-gigienik sharoitning, xususan, mavjud atrof-muhit ob'ektlari ifloslanishi darajasining aholi salomatligiga va kasallanishlar dinamikasiga zararli ta'sirini kamaytirish uchun tarkibida zararli kimyoviy moddalar miqdori oshgan va mikrobiologik ifloslangan hududlar va atrof-muhit ob'ektlari, shuningdek, aholining xavf ini aniqlash va Sog'liqni saqlash jumladan respublika sanitariya nazorati xodimlarining sog'lomlashtiruvchi va profilaktika tadbirlari uzluksiz amalga oshirilishi, ishlab chiqilgan ekologik-gigienik va sanitariya-epidemiya qarshi tavsiyanomalar tadbir etilishi lozim.

ARID ZONALARDA INSULT MILLIY REGISTRINIG TAXLILI

Iskandarova D.E.1,2 , Oyto'g'onova Sh.O'1.

1 Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali, Termiz, O'zbekiston

2 Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Surxondaryo filiali, Termiz, O'zbekiston

Tadqiqod maqsadi insultning milliy registrini taxlil qilish orqali kasallikni mazkur hududlarda tarqalishi, xavf omillari, strukturasini o'rganish va davolash, oldini olish bo'yicha tavsiyalar kiritishdan iborat

Tadqiqod material va usullari Respublikamizning aksar qismini tashkil qiluvchi arid zonalar, jumladan Surxondaryo viloyati 14 ta tumanidan 2018-2022 yillar davomida yig'ilgan insult milliy registrinig 8000 ta anketalari taxlil qilindi. Bemorlar yosh jihatdan jahon sog'liqni saqlash tashkiloti taklif etgan 4 ga ajratildi va registr bo'yicha insultning turi, zararlangan bosh miya o'chog'i, anamnezi, asosiy xavf omillari, davolash o'tkazilgan joyi va natijalari o'rganildi.

Tadqiqod natijalari O'rganilgan bemorlarning 49 % ($n=3920$) ayollar, 51 % ($n=4080$) erkaklar bo'lagan. Yosh bo'yicha bemorlarning 1 % uzoq umr ko'ruvchilar (90 yosh va undan kattalar), 11 % qariyalar (75-89 yosh), 46 % keksalar (60-74 yoshlilar), 32 % o'rta (45-59) yoshlilar, 10 % (18-44 yoshli) yoshlarni taskil etgan.

Bemorlarning 6120 tasida ishemik, 1870 tasida gemorragik va 10 tasida aralash turdagi insult tipi kuzatilgan bo'lib, ularning 6456 tasiga stasionar, 1544 tasiga uyida patronaj va ambulator ko'rinishida (asosan Uzun, Boysun, Qiziqirchiq, Jarqo'rg'on tumanlarida) tibbiy yordam ko'rsatilgan. Tibbiy yordam ko'rsatilgan va ayniqsa uy sharoitida davolanish pandemiyasi (2019 yil mart oyidan-2020 yillarga) davriga to'g'ri kelgan Kasallikdan so'ng 83 % ($n=6640$) bemor hayoti saqlanib qolingani bo'lsa, 17 % ($n=1360$) bemor hayotdan ko'z yumgan.

Bemorlarning 49% tasida chap yarimshar, 47% tasida chap yarimshar va 4% tasida miya ustuni zararlangan Ishemik insultda ($n=6120$) qon aylanishnig buzilish basseyniga

ko'ra, 79 % (n=4835) da karotid, 20 % (n=1224) da vertebrobazilyar xavzada buzilgan bo'lib, 1 % (n=61) da basseyni noaniq bo'lgan Ishemik insultlar quyidagi patogenetik variantlarda kuzatilgan: 39 % (n=2387) aterotrombotik, 34 % (n=2081) kardioembolik, 9 % (n=550) lakunar, 8 % (n=490) gemodinamik, 10 % (612 ta) gemoreologik podtiplar.

Gemorragik insult (n=1870) o'tkazgan bemorlarning 12% tasida miya qorinchalariga, 22% tasida subaraxnoidal, 66% tasida parenximatoz qon quyilishi kuzatilgan.

Asosiy xavf omillaridan arterial gipertenziya 90 % (n=7200), chekish 24 % (n=1920), yurak kasalliklari 40 % (n=3200), xilpillovchi aritmiya 22 % (n=1760), miokard infarkti 11 % (n=880), dislipoproteidemiya 29 % (n=2320), qandli diabet 38 % (n=3040), nasliy moyillik 42 % (n=3360), kamqonlik 91 % (n=7280) ni tashkil etgan

Havo og'ir metallar bilan ko'proq ifloslangan tumanlar (Uzun, Sho'rchi, Angor, Termiz, Sherobod, Denov)da insult ko'proq qayd etilgan bo'lib, o'lim soni neyrovizual tashxis usullari (multispiral kompyuter tomografiyasi, magnitno-rezonans tomografiyasi)dan kam foydalangan yoki umuman foydalanilmagan (Uzun, Sariosiyo, Angor, Qiziriq) tumanlarda ko'proq uchragan

Xulosa Yuqoridagi ma'lumotlarning taxlili shuni ko'rsatdiki, arid zonalarda insult asosan mehnatga layoqatli bo'lgan shaxslar orasida keng tarqalgandir Shunga ko'ra, axoliga sog'lom turmush tarzi va to'g'ri ovqatlanish tartibini tadbqiq qilish, davolashda zamonaviy tashxis usullaridan keng foydalanish va hamroh kasalliklarni inobatga olish, asosiy xavf omillarini kamaytirish va ekologik muammolar yechimiga jiddiy kirishish muhim ahamiyat kasb etadi.

PLEVRITNI KELIB CHIQISH SABABLARI VA DAVOLASH YO'LLARI

**Isroilov Shaxzodbek Iqbolovich,
Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
Pediatriya yo'nalishi 2- bosqich talabasi.**

Nazarova Yorqinoy Xalpajonovna, Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Tibbiy va biologik kimyo kafedراسي assistenti.

Plevrit - bu plevra - o'pkani ko'krak devoridan ajratib turadigan ikkita katta, ingichka to'qimalar qatlami - yallig'langan holat Plevrit nafas olish paytida kuchayadigan o'tkir ko'krak og'rig'iga (plevrit og'rig'iga) sabab bo'ladi To'qimalarning bir plevra qatlami o'pkaning tashqi tomonini o'rab oladi Boshqa plevra qatlami ko'krak qafasining ichki devorini chizadi Ushbu ikki qatlam o'rtasida odatda juda oz miqdordagi suyuqlik bilan to'ldirilgan kichik bo'shliq (plevral bo'shliq) mavjud Bu qatlamlar bir-birining yonidan sirpanib o'tadigan ikki bo'lak silliq atlas kabi harakat qiladi va nafas olayotganda o'pkaning kengayishiga va qisqarishiga imkon beradi Agar sizda plevrit bo'lsa, bu to'qimalar shishadi va yallig'lanadi Natijada, plevra qoplaminig ikki qatlami bir-biriga ishqalanadi Bu nafas olayotganda va nafas chiqarayotganda og'riqni keltirib chiqaradi Plevrit og'rig'i nafasingizni ushlab turganda kamayadi yoki to'xtaydi. Plevritning belgilari va alomatlari quyidagilarni o'z ichiga olishi mumkin: Nafas olayotganda, yo'talganda yoki aksirganda kuchayadigan ko'krak og'rig'i. Nafas qisilishi - ko'pincha nafas olish va chiqarishni cheklanilishi Yo'tal va isitma - faqat ayrim hollarda bo'lishi mumkin Plevritdan kelib chiqqan og'riq tananing yuqori qismi harakati bilan kuchayishi , yelkaga yoki orqaga tarqalishi mumkin. Plevrit plevra oqishi,

atelektaz yoki empiema bilan birga paydo bo'lishi mumkin Plevra oqishi Plevritning ayrim holatlarida to'qimalarning ikki qatlami orasidagi kichik bo'shliqda suyuqlik to'planadi Suyuqlik yetarli bo'lganda, plevrit og'rig'i kamayadi yoki yo'qoladi, chunki plevraning ikki qatlami endi aloqa qilmaydi va bir-biriga ishqalanmaydi Plevra bo'shlig'ida katta miqdordagi suyuqlik bosim hosil qilishi mumkin Bu o'pkani qisman yoki to'liq qulab tushishi (atelektazi) darajasiga qadar siqishi mumkin Bu nafas olishni qiyinlashtiradi va yo'talishga olib kelishi mumkin

Plevra bo'shlig'idagi ortiqcha suyuqlik ham infeksiyalanishi mumkin, natijada yiring to'planadi Bu empiema deb ataladi Ko'pincha empiema bilan birga isitma paydo bo'ladi Sabablaridan biri Virusli infeksiya, masalan, gripp Bakterial infeksiya, pnevmoniya, qo'ziqorin infeksiyasi, rematoid artrit yoki qizil yuguruk kabi autoimmun buzilish, plevra yuzasiga yaqin o'pka saratoni, o'pka emboliyasi, sil kasalligi, qovurg'aning sinishi yoki shikastlanishi, ba'zi irsiy kasalliklar, masalan, o'roqsimon hujayrali kasallik, ba'zi dorilar bo'lishi mumkin Tashxis qo'yish vaqtini qisqartirish uchun astsitli sirozli bemorlarda SBP(spontan bakterial peritonit) diagnostikasi uchun leykotsit esteraza chizig'i testining foydaliligi o'rganildi Assitik suyuqlikda topilgan glyukoza kontsentratsiyasi sarumda bo'lganlarni aks ettiradi Shu bilan birga, leykotsitlar yoki bakterial iste'mol tufayli tuberkulyoz peritonit, karsinomatoz va SBPda past glyukoza qayd etilgan Astsit oqsili kontsentratsiyasining pasayishi SBP rivojlanishining yuqori xavfi bilan bog'liq Qon zardobidagi karbamid va normal kreatinin bilan bog'liq bo'lgan bir vaqtning o'zida olingan zardob bilan solishtirganda astsit suyuqligi karbamid va kreatininning yuqori konsentratsiyasi siydik mavjudligidan dalolat beradi Davolash: Plevritni davolash birinchi navbatda asosiy sababga qaratilgan Masalan, bakterial pnevmoniya sabab bo'lsa, infeksiyani boshqarish uchun antibiotik buyurilishi mumkin Agar sabab virusli infeksiya bo'lsa, plevrit o'z-o'zidan ketishi mumkin Plevrit bilan bog'liq og'riq va yallig'lanish odatda ibuprofen kabi steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar bilan davolanadi Plevritni davolashning natijasi asosiy sababning jiddiyligiga bog'liq Plevritga sabab bo'lgan holatni erta tashxislash va davolash mumkin Sabab va holatga qarab, to'liq tiklanish mumkin.

COVID-19 KASALLIGING ASORATI NATIJASIDA KELIB CHIQUADIGAN JIGARDAGI O'ZGARISHLAR

Ilmiy rahbar:Kadirova M.Abdusalomov Diyorbek

**Andijon davlat tibbiyot institutin Tadqiqot maqsadi Covid-19 kasalliging asorati
natijasida kelib chiqadigan jigardagi o'zgarishlarni o'rganish.**

Tadqiqot material va usullari

Ushbu tadqiqot uchun 2021–2023 yillar davomida Andijon shahrida 188 nafar COVID-19 dan sog'aygandan bir qancha vaqt o'tgandan so'ng ayrim jigar asoratlari rivojlangan bemorlar o'rganildi Birinchi nazorat ini shu yoshdagi COVID-19 o'tkazmagan 69 ta sog'lom insonlar (I-), ikkinchi ni 69 nafar COVID-19 o'tkazgan jigarning surunkali kasalliklari mavjud bo'lmagan bemorlar (II-) hamda uchinchi ni COVID- 19 bilan kasallangangungacha davrda surunkali jigar kasalliklari mavjud bo'lgan 50 nafar koviddan keyingi sindromning jigar asoratlari rivojlangan bemorlar (III-) ni tashkil etdi Jigarni makroskopik va mikroskopik qiyosiy jihatdan baholash maqsadida 1 dan to 3 oylikgacha

bo'lgan 30 nafar oq zotsiz kalamushlar organizmidagi a'zolar inson 25-50 yoshidagi a'zolar o'zgarishlariga o'xshash tuzilganligi tufayli ajratib olindi

Tadqiqot natijalari

Ta'kidlab o'tish kerakki, larga kiritilgan bemorlar yoshi 45 dan to 55 yoshgachani tashkil etib, u o'rtacha ± 50 yoshni, asosiy da $\pm 48,05$ yoshni, nazorat ida esa, $\pm 49,2$ yoshni tashkil etdi ($r > 0,05$) Gender jihatdan 188 nafar bemordan 98 (52,1%) tasi erkaklardan, qolgan 90 (47,9%) tasi ayollardan iborat edi lar bo'yicha ular quyidagicha taqsimlanishdi nazorat ida 22,1% erkak va 27,0% ayollar, asosiy da 30,0% va 20,9% kuzatildi Bundan xulosa qilish mumkinki, tadqiqotimizda gender jihatdan erkaklar ko'proq ekanligi ma'lum bo'ldi, bu holat ularda zararli odatlarning ko'pligi va ovqatlanishdagi o'ziga hosliklari bilan bog'liq Surunkali kasalliklarni tahlil qilish asnosida tadqiqot laridagi bemorlarda quyidagi nozologik birliklar aniqlangan Surunkali gepatit B, C, D, surunkali xolesistit, surunkali gastrit, surunkali sistit, arterial gipertenziya, qandli diabet, surunkali pielonefrit, surunkali yurak ishemik kasalligi kabilar mavjud edi. Eng ko'psonli surunkali kasalliklar uchinchi da aniqlandi Birinchi asosiy tekshiriluvchilarini tahlil qilinganida, $36,13 \pm 0,81$ yoshni tashkil etdi Umumiy qon tahlilida aniqlandiki, norma ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli farqlar aniqlanmadi, faqatgina EChT ko'rsatkichi 1,5-2 baravar oshgan, bu esa koviddan keyingi sindrom bilan kasallangan bemorlarda hozirgacha davom etayotgan tizimli yallig'lanish jarayonlaridan dalolat beradi Asosiy da shu belgilarni qiyoslash maqsadida yuqoridagi ko'rsatkichlar aniqlandi ($n=50$) Bunda bemorlarning o'rtacha yoshi $55,6 \pm 1,07$ yoshni tashkil etdi Ko'rsatkichlar esa referent ko'rsatkichlardan farqlanmagan bo'lib, xuddi birinchi dagi kabi EChT yuqori edi O'rganish uchun keyingi mezon bo'lib, jigarning funksiyasiga bog'liq bo'lgan biokimyoviy ko'rsatkichlar edi Normativ ko'rsatkichlarga nisbatan biokimyoviy ko'rsatkichlardagi farqlanishlar tekshiriluvchilarning butun jamlanmasiga nisbatan qo'llanildi Masalan, ALat normaning yuqori chegarasiga nisbatan 1,34 martaga ko'p edi ASaT esa 1,24 martaga ortiq edi

Xulosa

Jigar fibrozi ya'ni qattiqlashganligining ko'rsatkichi birinchi asosiy da o'rtacha $8,28 \pm 0,48$ tashkil etdi, bu referent ko'rsatkichlar yuqori chegarasidan 1,42 baravar baland, koviddan keyingi sindrom mavjud bo'lgan ikkinchi asosiy da ushbu ko'rsatkich 2,5 baravar ortiq ekanligi aniqlandi Ikkala asosiy ning steatoz ko'rsatkichlari normaga nisbatan 1,11 va 1,18 baravar baland Ikkinchi asosiy dagi yuqori ko'rsatkichlarni jigarning avvaldan bir necha yillar davomida surunkali kasalliklari mavjud bo'lganligi ustiga COVID-19 ning qo'shilishi sababli jigarning koviddan keyingi sindromi kuzatilganda asoratlanishi bilan izohlash mumkin.

DEMENSIYA KASALLIGINING ZAMONAVIY TALQINI

Kamilova M.R., Raximbayeva G.S., Sobirova D.R
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Demensiya - orttirilgan demensiya, ilgari olingan bilim va amaliy ko'nikmalarning turli darajada yo'qolishi va yangilarini qabul qilishning murakkabligi yoki umuman qabul qila olmaslik bilan birga kognitiv faollikning doimiy pasayishi.



Tadqiqot maqsadi: Kognitiv xususiyatlarni, xavf omillarini va qon tomir demensiyaning erta klinik ko‘rsatkichlarini tekshirish, hamda qon- tomirlar bilan bog‘liq belgilarni aniqlash

Tadqiqot material va usullari: demensiya kasalligi bilan kasallangan bemorlar, hamda ularni erta tashxislash uchun nevrologik, anketa- so‘rov, instrumental va statistik usullardan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari: demensiyaning belgilari va alomatlari miyadagi bir vaqtlar sog'lom bo‘lgan neyronlar yoki asab hujayralari ishlashni to‘xtatganda, boshqa miya hujayralari bilan aloqani yo‘qotganda va ushbu hujayralar o‘lib ketganda paydo bo‘ladi Har bir inson qarigan sari ba‘zi neyronlarni yo‘qotsa-da, demensiya bilan og‘rigan odamlar ko‘proq yo‘qotishlarni boshdan kechirishadi.

Barcha bemorlar qon tomir demensiyasini tashxislashda yordam berish uchun baholash shkalasidan foydalangan holda tekshiruvdan o‘tdilar Kasallik darajasiga oid birlamchi ma’lumotlar statistik usullar yordamida bemorlarga yoshi va jinsi, shuningdek, kasallikning qanchalik tez-tez sodir bo‘lishi kabi omillarga asoslangan statistik tashxis qo‘yishga yordam berish uchun to‘plangan Demensiya belgilari turlicha bo‘lishi mumkin va quyidagilarni o‘z ichiga oladi: tez- tez harakat qilish; muvozanatni yo‘qotish va harakat qilishda qiyinchiliklar; gallyutsinatsiyalar, aldanishlar yoki paranoyani boshdan kechirish; xotirani yo‘qotish, orientatsiya va ongni yo‘qotishlar kuzatildi.

Keksa yoshdagi demensiyaning turli kombinatsiyalarida psixopatologik buzilishlar sabab bo‘adi zaiflashtiruvchi (tomir va atrofik) jarayonlarning o‘zi va ularning o‘zaro ta’siri; qo‘shimcha endogen-koitshunnonal, ekzogen va psixogen omillar, tezlashtiruvchi va qo‘zg‘atuvchi ta’sirga qo‘shimcha ravishda, birga keladigan demenin shakllanishida patologik rol o‘ynadi

Demensiya bilan kasallangan bemorlarning shaxsiyatini tekshiruvlar natijasida turli hil darajadagi o‘zgarishlar kuzatildi Shaxsiy izlanishlar natijasida insonlarda kasallikka nisbatan tanqidiy fikr buziladi va u o‘zi bilan o‘zi gaplashadi Bemor gigiena haqida qayg‘urmaydi, xijolat bo‘lmaydi va tartibsiz yuradi Demensiyaning ayrim turlarida aqliy faoliyatning keskin pasayishi (apatiya, depressiya va motivatsiyaning yo‘qolishi) kuzatiladi; aksincha, boshqa hollarda psixomotor qo‘zg‘alishlar (agressiya, giperdinamik holat) rivojlanadi

Xulosa: JSSTning nevrologiya sohasidagi faoliyatining asosiy maqsadlaridan biri qon tomir demensiyasi, keksalar orasida keng tarqalgan va butun dunyo bo‘ylab keng tarqalgan nevrologik holat Ko‘rib chiqilgan adabiyotlarga ko‘ra, hozirgi tibbiy muammolardan biri bu holatning oldini olish va davolashdan iboratdir.

SOHA TERMINLARINING XUSUSIYATLARI

Qoraboyeva F Magistratura yo‘nalishi 2 kurs talabasi Ilmiy rahbar

M.M Qo‘ziboeva

Andijon davlat tibbiyot institute

Termin – ma’lum fan yoki hunar sohasiga oid tushunchalarni qayd qilish, saqlash va bu sohada to‘plangan bilim, tajriba, texnik mahorat va malakani boshqalarga berish vositasidir Shuning uchun ilm-fan, texnika va ijtimoiy munosabatlarning rivojlanishi



terminlarning nazariy va amaliy qiymatini oshiradi Soha vakillarining bir-birini tushunishlari uchun, ilmiy, ilmiy-pedagogik va muhandis mutaxassislarini tayyorlashda, ilmiy, ilmiy-texnik adabiyotlar va darsliklar yaratishda, xalq xo'jaligi tarmoqlarini rivojlantirishda sifatli va ko'pchilik tomonidan ma'qullangan termin lug'atlarining bo'lishi muhim ahamiyatga ega Texnika yuqori taraqqiy etgan bir paytda adabiy til ma'lum bir sohalar bo'yicha ixtisoslashishi ro'y beradi Shu sababli ham mutaxassislar bilan tilshunoslar va oddiy til ixlosmandlarining manfaatlari va qiziqishlari to'qnashadi Bu to'qnashish masalani tog'ri hal bo'lishiga, manzur va maqbul terminni tanlab olishga yordam beradi va yagona yo'nalishni vujudga keltiradi.

Termin – ifodalanayotgan tushunchani aniq tasvirlab berishi kerak Termin qo'llashdagi aniqlik darhol ro'y bermaydi, yillar davomida tanlash, tartibga solish, nihoyat umumlashtirish, standartlashtirish orqali ro'y beradi.

Terminlarning aniqligi millatning ma'rifati, madaniyatining darajasini ko'rsatadi Umuman ona tilida terminlarni puxta ishlanishi, tartibga solinishi darsliklar va qo'llanmalar tuzish uchun ham zarur bo'lgan manbadir Terminlarning ishlanmaganligi va tartibga solinmaganligi nutq uslubiga ham ta'sir etadi, chunki uslubning turli sohalarini yaratuvchi vositalardan biri termindir.

Lotin tili terminologiyasi asosida tibbiyotga oid atamalarning ma'no xususiyatlari oziga xos talablar bilan ta'hlil kilinadi Lotin tili terminologiyasi ozining tarixi'va rivojlanish bosqichiga ega Turli davrlarga xos bo'lgan rivojlanish jarayonida ham terminlarning mohiyati mazmuni o'zgarmasligi mumkin.

Tibbiyot uzoq davrlarni o'z ichiga oladi “Lotin tilisiz tibbiyotga yo'l yo'q” deb bejiz aytilmaydi Buning sababi anatomik va davolash sohasiga oid so'zlarning tub mohiyati lotin tilida ifodalanishi barcha mutaxasislarga birdek tushunarligidadir Shunday ekan, lotin tili terminlari uzoq davrlardan beri o'z neytralligiga ega bo'lganligi bilan boshqa atamalardan tubdan farq qiladi Tibbiyotning fundamental asosini tashkil qilishda asosiy vazifani bajaradi.

XORAZM HUDUDIDA QOG`ONOQ SUVI KETGAN HOMILADORLARDA XORIOAMNIONIT RIVOJLANISHINING KLINIK OMILLARI

**TTA Urganch filiali 3-kurs magistri Karimova Intizor Ergashovna
Ilmiy rahbar, dotsent (PhD): Ismoilova D.O`.**

Qog`onoq pardalari yorilishi turli sabablarga ko'ra sodir bo'lishi mumkin.Tug`ruqdan oldin qog`onoq pardalari yorilishi bachadon tonusi va uning qisqarishlari natijasida hosil bo'ladigan surilish kuchlari bilan birgalikda qog`onoq pardalarining fiziologik zaiflashishi natijasida yuzaga keladi.Tug`ruqdan oldin qog`onoq pardalarini yorilishi homilador ayollarning taxminan 8% da uchradi va tug`ruq faoliyati tez boshlanishi va tug`ruq sodir bo'lishi bilan namoyon bo'ldi.

Xorioamnionit ko'proq QPTOYO bo'lgan homilador ayollarda kuzatildi, biroq intakt (yorilmagan) qog`onoq pardalarida kuzatilishi ham mumkin B streptokokklari, peptostreptokokklar, stafilokokklar, ichak tayoqchalari, mikoplazmalar, ureoplazmalar, enterokokklar, xlamidiyalar, trixomonadalar, gonokokklar, gardnerellalar, kandidalar, bakteroidlar, oddiy herpes virusi, sitomegalovirus va boshqa xorioamnionitning to'g'ridan -



to'g'ri qo'zg'atuvchilari bo'lishi mumkin Amniotik bo'shliqning polimikrobliv invaziyasi deyarli 50% holatlarda uchradi

Xorioamnionit muddatiga yetgan o'z - o'zidan sodir bo'lgan tug'ruqlarning 1-13 % da, QPTOYO bo'lgan tug'ruqlarning 40 - 70 % da uchradi

Xorioamnionit rivojlanish sabablarini hisobga olgan holda, biz ilmiy tadqiqotimiz uchun tanlangan homilador ayollar larida intraamniotik infeksiya rivojlanishining ijtimoiy xavfini tahlil qildik.

Asosiy da QPTOYO bo'lgan ayollar 50 nafar (94,3 %) ni , xorioamnionit bilan asoratlanganlar esa 21 nafar (39,6%) tashkil qildi Nazorat ida QPTOYO bo'lganlar soni 10 nafar (37,0%) ni , xorioamnionit bilan asoratlanganlar esa aniqlanmadi.

Asosiy imizdagi homiladorlarda tana haroratining (>37.0) darajadan oshganlar soni 14 nafar (26.4%) ni , nazorat imizda esa bu ko'rsatkich atigi 2 nafar (7.4%) homilador ayollarimizda kuzatildi. Tadqiqotimizning yana bir ko'rsatkichlaridan biri onada taxikardiya puls minutiga (>100) 1- da 21 nafar (39.6%) homilador ayollarda , 2- nazorat imizdagi tug'ruq jarayoni fiziologik kechayotgan homiladorlarning atigi 1nafari (3.7%) da taxikardiya kuzatildi Ilmiy tadqiqot jarayoni mobaynida homilador ayollarni bimanual tekshirishda qin ajrilmalariga alohida ahamiyat qaratildi Bu vaqt mobaynida bachadon qisqarishlari og'riqliligi va qin ajrilmalari xususiyati (badbo'y ,yiringli) ekanligi yaqqol namoyon bo'ldi

Xulosa: QPTOYO bo'lgan va xorioamnionit bilan asoratlangan homiladorlarda tekshiruvlarimiz shuni ko'rsatdiki, QPTOYO asorati bo'lgan ayollarda S- reaktiv oqsil miqdori nazorat iga nisbatan 2,3 baravar yuqori darajada ekanligi kuzatildi Xorioamnionit rivojlangan ayollarda S-reaktiv oqsilning 8,2 barobarga va LDG darajasining 2 barobardan ortiq oshganligi kuzatildi Shu bilan birga umumiy oqsil miqdori kamayadi, fibrinogen darajasi oshdi, leykotsitar intoksikatsion indeks (LII) va UTT orqali amnion suyuqlik indeksi (ASI)ning darajasi teskari korrelyatsion bog'liqlikda bo'lib, LII ko'rsatkichi yuqori ekanligi va ASI kamayganligi aniqlandi.

AYOL-QIZLAR O'RTASIDA O'LIMGA SABAB BO'LAYOTGAN JINSIY KASALLIKLARNI ERTA ANIQLASH VA OLDINI OLIISHDA INNOVATSION YONDASHUV.

Komilova Dilrabo Raximboy qizi

**Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Davolash fakulteti 4-bosqich talabasi
TTA Urganch filiali Jamoat salomatligi va Sog'liqni saqlashni boshqarish kafedrasi
assistenti Ro'zimatov Fazliddin Isomiddin o'g'li**

Muammo. Bugungi kunda ayol-qizlar o'rtasida keng uchraydigan ginekologik kasalliklar juda ko'p Shulardan yallig'lanish kasalliklari, hayz faoliyatining buzilishi, o'sma kasalliklari, jinsiy a'zolar rivojlanishi hamda joylashuvi anamaliyasi, bundan tashqari spetsifik infeksiyalar, jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar — zaxm, so'zak, trixomonada, so'nggi yillarda OITS (SPID), xlamidiyalar va viruslarning yuqishi xotin-qizlar kasalliklarining ko'payishiga sabab bo'lmoqda Ayol-qizlarda ko'proq yallig'lanish kasalliklari kuzatiladi Bu ko'p jihatdan reproduktiv sistemaning funksiyasi bilan bog'liq bo'lib, hayz, abort va ayniqsa tug'ruq jarayonida ayol organizmida infeksiya rivojlanishi



uchun qulay sharoit vujudga keladi. Yallig‘lanish qaysi a‘zoda rivojlanishiga ko‘ra kolpit (qinda), endometrit (bachadonda), salpingit (bachadon nayida), ooforit (tuxumdonda) farq qilinadi. Bu kasalliklarda tana haroratining ko‘tarilishi, intoksikatsiya, bosh og‘rishi, umumiy ahvolning o‘zgarishi bilan birga mahalliy belgilar — qorin pastida og‘riq bo‘lishi, og‘riqning o‘ziga xos tarqalishi (irradiatsiya), qindan ajralmalar (oqchil) kelishi, ba‘zan hayz funksiyasining buzilishi kabi alomatlar kuzatiladi. Shuningdek ko‘pchiligi hayz funksiyasining buzilishi — gipermenstrual sindrom (hayz qoni miqdorining ortishi) yoki, aksincha, gipomenstrual sindrom (hayz qonining kamayishi yoki hayzning siyraklashuvi), disfunktsional qon ketishi kabi jarayonlar kuzatiladi. Yosh qizchalarda ham jinsiy sistema kasalliklari kuzatiladi. Bu, hayz funksiyasining buzilishi va jinsiy a‘zolar rivojlanishidagi anomaliyalardir. Bunga, asosan, uning bolaligida boshidan kechirgan turli kasalliklari, noqulay turmush tarzi, hatto u ona qornidaligidayoq onasining birorbir jiddiy kasallik bilan og‘rigailigi sabab bo‘lishi mumkin. Hayz funksiyasining buzilishi qizlarda hayzning kech yoki erta boshlanishi, nomuntazamligi, qon ketishi bilan kechadi. Davolash choralari qancha erta boshlansa, shuncha samaraliroq bo‘ladi.

Eng achinarlisi shuki bachadon bo‘yni saratoni (BBS) bugungi kunda dunyo bo‘yicha fertil yoshdagi ayol-qizlar orasida eng ko‘p o‘limga sabab bo‘layotgan patologik holatdir.

Bunday holatlarda o‘zbekiston ayol-qizlarining o‘z vaqtida har 6 oyda ginekologik ko‘rik bormasliklari, kasallik belgilarni yashirishlari va o‘zbekona mentalitetning kuchliligi sababli ayniqsa qizlik vaqtida jinsiy kasalliklariga e‘tibor berilmasligi jinsiy a‘zolarida atipik hujayralar foizini oshishiga sabab bo‘lmoqda.

Yechim. Bugungi texnologiyalar davrida ko‘pchilik muammolar kaliti sifatida telefonlar faoliyati juda oshgan. Shu sababli muammoga odamlar talabidan kelib chiqqan holatda yechim topish maqsadida telefonlar uchun innovatsion dastur ishlab chiqish ancha samaralidir.

Bu dasturda ayoq-qizlarning chaqaloqlik davridan to keksalik davrigacha bo‘lgan muddatdagi barcha yosh toifasini qamrab olib, xizmat ko‘rsatadi. Bunda dasturni yuklab olgach, maxfiylik siyosatiga amal qilingan holda har bir foydalanuvchi ayol-qizlar o‘zini registratsiya qilish orqali kiradi, hamda o‘z yoshidagi bandda belgilangan tarzda ma‘lumotlar oladi, hayz siklini belgilaydi, hayz sikli davrida o‘zida bo‘ladigan o‘zgarishlarni tanlaydi va yozib qoldiradi. Bu dasturning premium versiyasida bevosita ginekolog shifokor bilan shu dastur orqali anonim tarzda konsultatsiya oladi. Jiddiy hollarda bemor statsionarga tezda murojaat qilishi aytiladi.

Ushbu telefon dasturining bevosita malakali shifokor bilan ulanishi, asosan aytishga uyalayotgan yosh qizlarga ayniqsa juda qo‘l keladi va o‘zbekona mentalitetni yengib o‘tib o‘z kasalligi haqida online maslahatlasha oladi.

Bu dasturning bo‘limlari quyidagicha: Pro ona Ona

Master ona Reminder

Ushbu innovatsion yondashuvni amaliyotda keng tatbiq qilinsa, o‘g‘riq sezmaydigan bachadon bo‘yni hujayralarida atipik hujaralar ko‘payishini oldi olinardi. Bundan tashqari yosh qizlar o‘rtasida jinsiy madaniyat yaxshi rivojlanib, ularni onalikka tayyorlash, bepushtlikni oldina olish va tug‘uriq jarayonidan keying bola parvarishlari haqida to‘liq, aniq ma‘lumotga ega bo‘lishardi.

Bu esa aholi o‘rtasida jinsiy kasalliklar natijasida kelib chiqadigan turli nohush holatlarni erta aniqlanishiga va oldi olinishiga sabab bo‘ladi.



**«YURAK ISHEMIK KASALLIKLARINI KELTIRIB CHIQUARUVCHI
FAKTORLAR»**

Alisherov Hamidullo Fayzullo o'g'li

**Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-bosqich talabasi pediatriya stomatologiya xalq
tabobati va tibbiy pedagogika fakulteti Ilmiy rahbar Nurmatova Nargiza
Fatxullayevna Alisherov Hamidullo Fayzullo o'g'li**

Annotatsiya: Ushbu maqolamning mazmuni shundan iboratki, hozirda odamlarning ko'pchiligi xastalanayotgan yurak ishemik kasalligi haqida ma'lumotlar jamlanmasini taqdim etishdan iborat.

Kalit so'zlari: arteriya, vena, yurak, qon, miokard

Yurakning ishemik kasalligi — yurak-tomir sistemasining keng tarqalgan kasalligi; miokard ishemiyasi, koronar qon aylanishining buzilishi bilan kechadi Yurakning ishemik kasalligiga, asosan, koronar tomir arteriyalari aterosklerozi natijasida yurak muskullarida qon aylanishining yetishmay qolishi shu tufayli yurakning qonga bo'lgan ehtiyojining ortib borishi kuzatiladi Yurakning ishemik kasalligiga stenokardiya va uning dastlabki, muqim, nomuqim bosqichlari bo'ladi Miokard infarkti, infarktdan keying esa kardioskleroz, aritmik tur hamda yurak yetishmovchiligi kiradi

Yurakning ishemik kasalligi muntazam rivojlanib boruvchi og'ir yurak xastaliklaridan biri hisoblanadi Yosh ulg'aygan sari kasallik uchrashi ko'payadi Yurak ishemik kasalligi klinik jihatdan bir xilda kechmay, dam zo'rayib, dam bosilib turadi Ko'pincha Yurakning ishemik kasalligigi zimdan kechib, bemor o'zining shunday xavfli kasallikka chalinganini bilmay, shifokorga murojaat qilmay yuradilar Odatda, yurakning ishemik kasalligining dastlabki klinik belgilaridan biri bu — zo'riqish stenokardiyasi xuruji bo'lib, jismoniy ish bajarilganda ro'y beradi Keyinchalik kasallik uzoq davom etishi, hattoki yillab cho'zilib ketishi mumkin Ko'pincha zo'riqish stenokardiyasiga birmuncha vaqtdan keyin tinch holatda ham kuzatiladigan tinch holat stenokardiyasi hurujlari qo'shilib borishi mumkin

Yurak ishemiyasining kelib chiqishi va rivojlanishiga kishilarning yoshi, kasallikka bo'lgan irsiy moyillik, gipertoniya kasalligi, qandli diabet, ortiqcha vaznlik, ichkilikka ruju qilish, kashandalik, kam harakat ya'ni gipodinamiya, jismoniy hamda ruhiy zo'riqish va boshqalar sabab bo'lishi mumkin Kashandalar o'rtasida Yurakning ishemik kasalligining nisbatan ko'p uchrashi kuzatilgan Yurak ishemik kasalligining rivojlanishida, ayniqsa, xolesterinning roli katta Qonda xolesterin miqdorining oshishi aterosklerozga sabab bo'ladi va bu yurakning ishemik kasalligining rivojlanish xavfini oshiradi

Yurak ishemiyasining xavfli omilini bartaraf etib bo'ladigan va bartaraf etib bo'lmaydigan turlari bor Ko'krak qisishi ya'ni stenokardiya, miokard infarkti, insultni bartaraf etib bo'lmaydi Agar odam bu kasalliklar bilan bir marta og'rib o'tgan bo'lsa, Yurakning ishemik kasalligik rivojlanish xavfi ko'proq bo'ladi Yurak ishemiyasining dastlabki bosqichi stenokardiya bo'lsa, miokard infarkti uning eng og'ir shakli sanaladi Stenokardiya bilan bemor uzoq vaqt yashashi mumkin, ammo dastlabki davrida birinchi uch kun 20-30% bemorda miokard infarkti kuzatilishi aniq va ravshandir Miokard infarktining klinik belgilari, odatda, stenokardiya belgilariga o'xshash bo'lib, faqat og'riq uzoqroq, kuchliroq davom etadi Bunda dastlabki soatlardan o'lim ro'y berishi yoki keyinchalik o'ta jiddiy asoratlar kuzatilishi mumkin Infarktdan keyingi kardioskleroz, yurak aritmiyasi,



yurak yetishmovchiligi aslida Yurakning ishemik kasalligining asoratlari: yuraktomir sistemasi kasalliklaridan bo'ladigan nogironlik hamda o'lim holatlaring asosiy sabablaridir Yurakning ishemik kasalligi gumon qilinganda darhol bemorni kasalxonaga olib borib yotqizish darkor

Kasallikning klinik belgilarini kasallik tarixi, bemor shikoyatlari, perkussiya, auskultatsiya, umumiy ko'ruv, elektrokardiografiya, yurak muskullariga xos fermentlar, struktura elementlari kreatinin fosfokinaza izofermentlari, mioglobin va boshqalar hamda qon tahlili, exokardiografiya va shunga o'xshash boshqa tekshiruv natijalariga qarab diagnoz qo'yilishi lozimdir Yurak blokadasi yurakning o'tkazuvchi sistemasida nerv impulslari o'tishining buzilishidan iborat Nevrozlar tufayli yurak nerv apparati faoliyati buzilganda aritmiyalar bilan birgalikda, yurakda sirqillaydigan, sanchadigan, jazillaydigan og'riq sezgilari ham paydo bo'lishi kuzatiladi

Ateroskleroz hamda gipertoniya kasalligi arteriyalarining keng tarqalgan xastaliklaridan bo'lib, aksariyat bemorlarda ular birga kechadi Ateroskleroz toj tomirlaridan tashqari, aorta va uning yirik shoxlari, jumladan, buyrak arteriyasi, miya tomirlari, qo'loyoqning periferikalarini ham zararlaydi Arterial tomirlarning yallig'lanishi — arteritlar, ko'proq infeksiyalar, zaxm, sepsis va allergik hamda kollagen kasalliklar tufayli yuzaga kelib chiqadi

Yurak yetishmovchiligi yurakning o'ziga yuklangan to'la funksional yuklamani bajara olmasligini ko'rsatuvchi patologik belgilar terining ko'karishi, nafas qisishi, oyoq shishib qolishi va boshqa belgilar bilan namoyon bo'ladi biror ish qilayotganda nafas qisib qolishi patologik alomat hisoblanadi Ko'pchilik Yurak-tomir sistemasi kasalliklari oqibatida yurak muskulining qisqarish funksiyasi hamda tomirlar devori muskul qavatining qisqarish quvvati susayadi Natijada organizmda qon aylanishi buziladi Bu omillarning qay biri ustun bo'lishiga qarab yurak yoxud tomir yetishmovchiligi vujudga keladi

"STRESS VA SARATONNI OLDINI OLIB, BARTARAF ETISHDA O'SMA YOG'IDAN FOYDALANISHDA INNOVATSION YONDASHUV"

Qurbonmurodova Nafisa Ziyodulla qizi

**Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Stomatologiya fakulteti 3-bosqich
talabasi TTA Urganch filiali Jamoat salomatligi va
Sog'liqni saqlashni boshqarishi kafedrasasi assistenti F.I.Ro'zimatov**

O'sma o'simligi uzoq vaqtdan beri ma'lum O'sma— karamguldoshlarga mansub ko'kimtir, tuksiz ikki yillik o't Terini qizdiruvchi va to'qimalarda qon oqimini oshiruvchi xususiyatga egaligi ham fanga ma'lum Qon bilan soch va tuklarning o'sishi va mustahkamlanishi uchun zarur bo'lgan oziq moddalar ko'proq yetib boradi Uning shifobaxsh barglarini har kuni sahardan iste'mol qilsa insonlardagi qandli diabetni davolaydi Qolaversa, o'sma suvi inson ko'zini ravshanlashtiradi, so'litib olingan o'sma suvi, ko'z-qoshlar va kipriklarni qalinlashtirib, o'sishiga sezilardi ta'sir etadi Shu bilan birgalikda turli xil kasalliklarni davolashda o'sma yo'g'i samarali vosita hisoblanadi O'sma yog'i o'simlikning urug'lari va barglaridan olinadi Yog'ning asosini, alkaloidlar,

flavonoidlar va ko'plab vitamin komplekslari hosil qiladi Soch folekulalarini o'z ichiga oladi va mustahkamlaydi, aynan ular sochni o'sishiga yordam beradi

Ishlatilishi:

Kosmetik vositalar sifati; Soch to'kilishini kamaytiradi va uning o'sishini yaxshilaydi. Sochga jilo berib, ularni qalinlashtiradi, kiprik va qoshlarga ham foydali. Bosh qichishishi va qazg'oqdan himoya qiladi. Mushaklarni tinchlantiruvchi ajoyib vosita. Diabetni davolashga yordamlashadi. Stressni bartaraf eta oladi.

O'sma yog'i soch to'kilishida ham ayollar, ham erkaklarga samarali ta'sir qiladi Ushbu yog'dan har kuni yog'dan foydalansagina samarasi yaqqol ko'rinadi Profilaktik manzilda e'tibor qaratishda 3-marotaba yordamlash tavsiya etiladi

Mutaxassisla bosimning kuchayishi surunkali stressga aylanishini aniqlaganlar Uzluksiz stress - bu dahshatli va sizni tungi dam olishdan mahrum qiladi O'sma yog'ini surtsangiz, u mushaklaringizni bo'shashtiradi va bosimni bir maromga keltiradi Qolaversa, hujayralarni mustahkamlashning ajoyib manbai, insonning ORAC hurmatini (kislorod radikalini yutish chegarasi) oshirishi mumkin, bu saraton oldini olishga belgidir U izotiosianat kabi ba'zi oltingugurt aralashmalarini o'z ichiga oladi, bu esa qattiq to'yinmagan yog'larning yumshoq hujayralarni mustahkamlashdan tashqari saraton kasalligining oldini olishni ta'minlaydi.

O'SMIR BOLALARDA MARKAZIY NERV SISTEMASINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Қобилов А.Б

1-курс АДТИ талабаси Исломов С.Т АДТИ, Тиббий кимё кафедраси доценти

Inson organizmida bosh miyaning egat va burmalari bir vaqtning o'zida shakllanmaydi Tug'ilgan yosh bolada yarimsharlarning egatlari va burmalari kattalarnikiga o'xshash bo'ladi Egatlar ham uncha chuqur bo'lmaydi va miya bo'limlarining nisbati o'zgaradi Bolalarning dastlanki yoshida miya yarimsharlarning ensa qismi katta yoshdagilarning ensa qismidan nisbatan kattaroq bo'ladi Evolyutsion ta'limot ko'ra maymunlarda jag' qismi kattalashsa, bola tug'ilgandan so'ng peshona qismi kattalashadi Miya po'stlog'ida avval chuqur, so'ng yuza qavatlar rivojlanadi. Uning hayoti mobaynida miya yarimsharlari turli qismlarining tuzilishi va funksiyalari rivojlanib boradi Miya yarimsharlari po'stlog'idagi harakat uchun javobgar bo'lgan qism tabaqalanishi bolaning 12 yoshida tugaydi, ba'zi piramidasimon hujayralarning rivojlanishi 18 yoshgacha davom etadi Harakat analizatorlarining rivojlanishi bolaning muskul faoliyatiga bog'liq bo'ladi

O'smir yoshdagi bolalardagi shartsiz va shartli reflekslarning xususiyatlari Bolalarda turli ta'sirlarga nisbatan shartli refleksni bo'lishi shartli ta'sirlovchiga bog'liq. Shartli ta'sirlovchi tasir etganda unga nisbatan javob qaytarish shartli refleks hisoblandi Ovqatlanishga nisbatan shartli refleksning tez hosil bo'lishi ishtahaga, muhitga, ovqatni ta'mi, bezatilganligiga, nerv sistemasidagi ovqatlanish markazining qo'zg'aluvchanligiga bog'liq bo'ladi Tovushga, so'zga va shu kabi signallarga bolalarda shartli refleks ancha tez hosil bo'ladi Shartli va shartsiz ta'sirlovchi 5-30 sekund davomida 2-10 marta takrorlab va mustahkamlanib turgandagina shartli refleks hosil bo'ladi. Aks holda bu refleks bo'la olmaydi va u so'nadi Shartli refleksni hosil bo'lishi va tormazlanishi bola oliy nerv faoliyatining tipiga ham bog'liq hisoblanadi.



Bola ulgʻayib jinsiy balogʻatga etgan davrda shartli reflekslarning hosil boʻlishi bir qadar sekinlashadi Yoshi katta boʻlgan sari harakat reflekslari , ogʻzaki va yozma nutq reflekslari shakllana boradi Bolada eng avvalo eshitish, koʻrish va, asta-sekin sezgi, taʼm bilish shartli reflekslari hosil boʻladi.Bularning hammasi oʻz taʼsirlovchisiga ega Maktab oʻquvchilarida yangi harakat koʻnikmalarining hosil boʻlishi ularning ongi, maqsadli harakati, fikrlashi, oddiy harakat koʻnikmalarini esda saqlab qolishi va bu xususiyatlarning nerv sistemasida qayta ishlanishi natijasida amalga oshadi.

Bolalarda harakat koʻnikmalarining hosil boʻlish tezligi, avvalo, uning ongiga, maqsadni qanchalik tushunganligiga, qiziqishiga va ixtiyoriy harakatlarni qanchalik toʻgʻri hamda aniq bajara olishiga bogʻliq Maktab oʻquvchilarida harakat koʻnikmalarini hosil qilishda, ularni mustahkamlashda va yanada shakllantirishda oʻqituvchi tomonidan ular faoliyatini baholab «barakalla , yaxshi» degan soʻzni takrorlab turilishi amaliyotda koʻpincha ijobiy natija berishi kuzatilgan

Vaqtga aloqalar shartli refleks ichki organlardan, toʻqimalardan yoki tashqi retseptorlardan nerv sistemasiga boradigan impulslarning soʻz taʼsiroirlari bilan bogʻlanishi tufayli vujudga keladi Bunday reflekslarga maktab yoshidan boshlab bolaning kun tartibiga rioya qilishi – belgilangan vaqtda uxlashi, uygʻonishi, dars tayyorlashi, harakatlanishi, dam olishi kabilar misol boʻladi Bu reflekslarning barqarorligi nerv sistemaning tipiga, qoʻzgʻaluvchangligiga, diqqatni jamlay olishiga va mashq qilishiga bogʻliq boʻlib, uzoq vaqt davomida asta-sekinlik bilan takomillashib boradi.

Iz qoldiruvchi shartli reflekslar shartli taʼsirlovchilardan soʻng miya yarimsharlari poʻstlogʻi hujayralarida qolgan iz hisobiga vujudga keladi Oʻquvchiga maʼlum vazifa berilishi, u vazifani maʼlum vaqtdan soʻng bajarib oʻqituvchi aytgan muddatda olib kelib topshirishi mazkur refleksga misol boʻla oladi Iz qoldiruvchi shartli reflekslar miya yarimsharlari poʻstlogʻida dastlabki qoʻzgʻalish oʻchogʻi bilan shartsiz refleksning qoʻzgʻalish oʻchogʻi oʻrtasidagi vaqtinchalik nerv bogʻlanipsh natijasida yuzaga keladi Ushbu shartli reflekslar bola ikki yarim yoshga toʻlganidan soʻng kuzatila boshlaydi hamda kattalardagiga qaraganda birmuncha tez hosil boʻlishi, mustahkamligi va aniqligi bilan ajralib turadi.

Bolalarda shartli reflekeslarning tormozlanishi Bola qanchalik yosh boʻlsa, shartli refleks shunchalik tez tormozlanadi Shartli refleksning soʻnishi bolaning yoshiga, sogʻligiga, oliy nerv faoliyati tipiga hamda hosil boʻlgan shartli refleksning turi va mustahkamligiga bogʻliq 11-12 yashar bolalardagi shartli reflekslar 8-10 yashar bolalardagiga qaraganda tez soʻnadi Sogʻlom bolalarda differensiyallangan shartli refleks 2-6 marotaba mustahkamlanganda vujudga keladi Vaqt oʻtishi bilan soʻngan shartli tormozlanish yana asl holatiga kaytadi Baʼzi hollarda, shartli tormozlanishning taʼsiri tugagandan soʻng, qoʻzgʻalish induksiya asosida rivojlanishi mumkin.Bolalarda befarq taʼsirlovchi bir necha marta birlamchi, ikkilamchi, uchlamchi va bundan yuqori tartibdagi shartli tormozlanishlarni hosil qilishi mumkin Ular uzoq vaqt saqlanishi, soʻnishi va asl holiga kelishi mumkin Shartli tormozlanish bolalarni oʻqitishda odob-axloqli va intizomli qilib tarbiyalashda katta ahamiyatga ega.

Bolalarda kuzatiladigan oson va murakkab shartli reflekslar mustahkamlab turilmasa, ular tez orada soʻnishi mumkin 3-5 yashar bolalarda oliy nerv faoliyatining rivojlanishi tubdan farq qilganligi bois, bu yoshda moʻljallash reaksiyalarining tartibi oʻzgaradi Bola «bu nima?» degan savol bilan turli narsalar va hodisalarni bilishga harakat qiladi – 2-3



yashar bola narsalarga qarab ularni ushlab ko‘rib shaklini aniqlay boshlaydi, oldin hosil bo‘lgan ko‘rish va kinestetik bog‘lanishdan foydalanib ularning shaklini chamalab biladi.

Bola 5 yoshga to‘lganida tashqi va ichki tormozlanishning tabiati o‘zgaradi Bu yoshda bosh miya yarimsharlari po‘stlog‘ida kechikuvchi va iz qoldiruvchi shartli reflekslar qiyinlik bilan hosil bo‘ladi – bu hol bolada dinamik stereotipni bir qadar engillik bilan o‘zgartirish imkonini beradi Chamalash refleksi tobora kuchayib va mustahkamlanib boradi Bu yoshdagi bolalarda turli o‘yinlar, harakatlar, musiqa, rasm chizish va so‘zlarga nisbatan yangi shartli reflekslar namoyon bo‘lib hamda mustahkamlanib boradi.

Bolalarda nutqning rivojlanishi Bola katta kishilar va tengdoshlari bilan bevosita muloqotda bo‘lar ekan turli so‘zlarni eshitib, nutqni o‘rgana boshlaydi – bolada nutq rivojlanadi va shakllanadi So‘zlar avval shartsiz ta’sirlovchilarning signallari, so‘ngra shartsiz reflekslarning signallari sifatida ta’sir etadi va asta-sekinlik bilan shartli hamda shartsiz ta’sirlovchilarning o‘rnini bosadi.

Bola 5 oyligida so‘zlarga tushunadi, so‘zning intonatsiyasiga qarab turli reaksiyalar namoyon qiladi So‘z ohangi va imo-ishoralarga nisbatan bolada shartli harakat reflekslari hosil bo‘ladi Bir yasharlik bola 10-30 ta so‘zni ayta oladi, 1,5 yoshdan boshlab so‘z boyligi orta boradi va 3 yoshda 700 atrofida so‘zni biladi Bolaning so‘z boyligi mashq qilishga, tarbiyaga va nerv sistemaning o‘ziga xos xususiyatlariga bog‘liq.

Xulosa qilib shuni aytish joizki, bolalar nerv sistemasining xususiyatlari va nerv tiplari ularning hayoti mobaynida o‘zgarib boradi Masalan, xolerik temperamentiga ega bo‘lgan bola tarbiya ta’sirida yoshi ulg‘aygani sari boshqa temperamentga xos xususiyatlarini namoyon etishi mumkin 7-9 yashar bolalarda katta yarimsharlar po‘stlog‘ining nerv hujayralari ta’sirlarga chidamli bo‘lib, nerv sistemasida qo‘zg‘alish jarayonlari ustun turadi 10-12 yoshdan boshlab nerv sistemadagi qo‘zg‘alish va tormozlanish jarayonlari o‘zaro muvozanatga kela boshlaydi

O‘qitishning fiziologik asoslari Insonda sodir bo‘ladigan barcha psixik jarayonlar bosh miya katta yarimsharlaridagi nerv jarayonlari bilan chambarchas bog‘liq holda kechadi, zero har bir psixik jarayon asosida nerv jarayonlari – qo‘zg‘alish, tormozlanish, irradiatsiya, konsentratsiya, dominanta kabilar yotadi Bunday tashqari, psixik jarayonlar nutq asosida ham hosil bo‘ladi.

Bolalar va o‘smirlarga ta’lim berishda ichki tormozlanishning barcha turlarini hosil qilish va mashq qildirish zarur Shuni unutmaslik kerakki solishtirish, qarama-qarshi qo‘yish usullari qo‘llanilgandagina ta’lim jarayoni samarali bo‘ladi O‘qitishda rangli va yaltiroq ko‘rgazmali qurollarni ko‘rsatish, bolalarni hayajonlantiradigan va quvontiradigan darajada ta’sir etish bilan miya po‘stlog‘ida dominanta o‘chog‘ini shakllantirish orqali o‘quv materialini yanada qiziqarliroq qilish mumkin Aksincha, bir xil ta’sir, bir xil sharoit va bir xil ohangda so‘zlash bolalarni mudrashiga, ularda o‘quv materialiga nisbatan qiziqishining kamayishiga olib keladi Shu sababli 1- va ikkinchi signal sistemalarining shakllanishi va uyg‘unligi ta’lim jarayoni sifatini oshirishda muhim ahamiyatga ega.



**BEMORLARDA IRSIY KASALLIKLAR TUFAYLI YUZAGA KELADIGAN
NOJO‘YA TA’SIRLAR**

Қодиров И.И., Islomova S.T.

**Andijon davlat tibbiyot instituti, 1-kurs davolash fakulteti talabasi, Andijon,
O‘zbekiston Andijon davlat tibbiyot instituti, Tibbiy kimyo kafedrasida dotsenti,
Andijon, O‘zbekiston**

Kirish:Irsiy kasalliklar-genetik informatsiya (irsiy axborot) ning buzilishi natijasida kelib chiqadigan kasalliklar; asosan, xromosomalar yoki genlardagi mutatsiyalar tufayli paydo bo‘lib, nasldan naslga o‘tadi Mutatsiyalar tashqi muhit omillari (ionlashtiruvchi nurlar, ayrim biologik faol kimyoviy birikmalar) hamda organizm va hujayralardagi salbiy ta’sirlar oqibatida ro‘y berishi mumkin.

Dolzarliligi:Hozirgi kunda xromosomaning soni va strukturasi o‘zgarishi natijasida sodir bo‘ladigan irsiy kasalliklardan 2000 ga yaqini ma’lum Xromosoma irsiy kasalliklari autosomalarning va jinsiy xromosomalarning soni va strukturasi o‘zgarishi bilan yuzaga chiqishi mumkin va xromosoma kasalliklarini shifosi yo‘q

Xromosoma kasalliklari - tug‘ma irsiy kasalliklarning katta i bo‘lib, ular klinik jihatdan bir nechta nuqsonlarning mavjudligi bilan tavsiflanadi va etiologik asos sifatida ular xromosomalarning son yoki strukturaviy anomaliyalariga ega.1866 yilda ingliz pediatri Daun bolalardagi aqliy zaiflikning o‘ziga xos turini tasvirlab berdi,keyinchalik u Daun sindromi deb nomlandi 20-asrning birinchi yarmida Shereshevskiy-Tyorner va Klaynfelter sindromlari aniqlandi Daun sindromi bo‘lgan bemorlarning kariotipida qo‘shimcha 21+1 xromosoma mavjudligi faol aniqlana boshlandi

Bugungi kunga qadar odamlarda 2000 ga yaqin turli xil xromosoma anomaliyalari tavsiflangan Klinik diagnostika uchun 100 ga yaqin sindrom mavjud.Xromosoma kasalliklarining tarqalishi barcha milliy va etnik larda bir xil bo‘lib, har 1000yangi tug‘ilgan chaqaloqqa o‘rtacha 7-8 bemorni tashkil qiladi Xromosoma sindromlari odatda sporadik, ya’ni oilada faqat bitta bunday bemor ro‘yxatga olingan Buning sababi shundaki,ko‘pchilik xromosoma o‘zgarishlari tasodifiy mutatsiya natijasida sodir bo‘ladi Bunday mutatsiyalar spermatogenezga qaraganda ovogenez davrida tez-tez uchraydi Ayolning yoshi bilan bog‘liq bo‘ladi, ayniqsa, 35 yoshdan oshgan bo‘lsa, jinsiy hujayralardagi genetik mutatsiyalar xavfi sezilarli darajada oshadi.

Tekshirish materiallari va usullari: Amniyosentez usulidan foydalangan holda xromosoma kasalliklarini aniqlash mumkin Jumladan AQSH tadqiqoti 2012 yil yanvaridan 2017 yil iyunigacha amniyosentezdan o‘tgan barcha bemorlarni qamrab oldi Onaning yoshi, amniyosentez ko‘rsatkichlari, amniyosentez paytida homiladorlik davri, kariotiplash natijalari, protsedura paytida va undan keyingi asoratlar va homila natijalari ko‘rib chiqildi va tahlil qilindi Amniyosentez 16-20-haftalar oralig‘ida amnion suyuqligidan maxsus usul yordamida amniotik suyuqlikdan taxminan 20 ml suyuqlik olish(xavfsiz) jarayonidir Jarayon ultratovush tekshiruv nazorati ostida mahalliy og‘riqsizlantirishyo‘li orqali amalga oshirildi Tekshiruvdan keyin amnion suyuqligidagi amniosit hujayralardan homilaga taaluqli hujayralarning xromosomalar to‘plami son va sifat jihatdan tekshirildi Agarxromosoma anomaliyasi aniqlansa, vaziyat oilaga batafsil tushuntiriladi Bolani dunyogakeltirish yoki abort qilish to‘g‘risida qaror oilaning ixtiyorida.Amniosentez eng



zamonaviy sitogenetik tekshirish usuli FISH diagnostik usulda 99% va undan yuqori aniqlikda tekshirildi.

Natijalar tahlili va muhokamasi: Amniyosentez usuli boshqa testlardan farqli ravishda o'ta aniqlik bilan tashxis qo'ydi Homilador onalarning 3 nafarida Daun sindromi, 2 nafarida Edvards sindromi kuzatildi va tibbiy abort qildirish yoki bolaning hayotini saqlab qolish oila ixtiyoriga topshirildi. Qolgan bemorlarda homila sog'lom chiqdi.

Xulosa: Biz bu ilmiy ishda irsiy kasalliklar haqida va ularning profilaktikasi haqida kerakli ma'lumotlarga ega bo'ldik. Hozirda irsiy kasallik bilan tug'ilayotgan bolalar soni oldingi yilga nisbat 14 % ga ortgan. Bu esa jamiyatning bu mavzu buyicha bilim darajasi sustligini bildiradi. Irsiy kasalliklar oldini olish uchun muntazam ravishda yosh oilalarda tekshiruv o'tkazish, oila qurayotgan shaxslarga yetarli darajada tushuntirish ishlarini olib borish lozim.

XORAZM VILOYATIDA YELBO'G'OZ VA RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK O'TKAZGAN AYOLLARDA IMMUNOGISTOKIMYOVIIY USULDA BAHOLASH.

Madrimova Quvonchoy Qahramonovna

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Akusherlik va ginekologiya kafedrasida assistenti Urganch.

Dolzarliligi: Yelbo'g'oz gestatsion trofoblastik kasallikning eng keng tarqalgan shakli bo'lib, ular g'ayritabiiy urug'lanish natijasida yuzaga keladi va yo'ldosh xorionlarining gidropik shishishi va trofoblastlar giperplaziyasi bilan tavsiflanadi. Ular morfologik, genetik va klinik belgilariga ko'ra qisman va to'liq shakllarga bo'linadi. Yelbo'gozni uchrash holatlari geografik jihatdan farq qiladi, Osiyo mamlakatlarida eng yuqori ko'rsatkich Yelbo'g'oz katta e'tiborni tortadi, chunki to'liq yelbo'g'ozning taxminan 10-30% va qisman yelbo'g'ozning 0,5-5% doimiy trofoblastik kasalliklarga o'tadi. Yaxshi tavsiflangan gistopatologik mezonlarga qaramasdan, to'liq yelbo'g'ozni qisman yelbo'g'ozdan farqlash muammo bo'lib qolmoqda. Ayniqsa, erta homiladorlik davrida diagnostika mezonlari klassik patologik xususiyatlardan nozik farq qiladi.

Tatqiqot maqsadi: Ushbu tadqiqot Ki-67 oqsilining ifodasi ushbu obyektlarni farqlay oladimi yoki yo'qligini aniqlash uchun o'tkazildi.

Materiallar va usullar: Ki-67- oqsili proliferatsiya uchun hujayra belgisidir va immunogistokimyoda qo'llanilishi mumkin. Bu hujayra proliferatsiyasi bilan qat'iy bog'liq. Interfazda Ki-67 antigeni faqat hujayra yadrosida aniqlanishi mumkin, mitozda esa oqsilning katta qismi xromosomalar yuzasiga ko'chiriladi. Ki-67 oqsili hujayra siklining barcha faol fazalarida (G1, S, G2 va mitoz) mavjud, ammo tinch hujayralarda (G0) yo'q. Ki-67 oqsilining hujayra tarkibi hujayra siklining S fazasi orqali hujayra progressiyasida sezilarli darajada oshadi. Ki-67- yadro oqsili o'simta hujayralari proliferativ faolligi belgisi bo'lib foiz sifatida baholanadi. Ki-67- tashxislash maqsadida insonlarda xavfli o'smalarning biologik salohiyatini aniqlash uchun ishlatiladi. Yadro hujayralarining bo'yalishi quyidagicha tavsiflanadi: <10% dan kam past faollik, 10-20% o'rta faollik, >20% yuqori proliferativ faollik. Ushbu natijalar orqali saraton kasalligini prognoztik omilini aniqlash mumkin. Biz

nazorat imizdagi (10 nafar) va asosiy yelbo'g'oz bilan kasallangan (10 nafar) ayollar to'qima namunalarida Ki-67 immunogistokimyoviy bo'yashni o'tkazdik

Natijalar: Nazorat dagi yadro hujayralarining bo'yalishi quyidagicha tavsiflanadi <10% dan kam past faollik, 10-20% o'rta faollik, >20% yuqori proliferativ faollik Ushbu natijalar orqali saraton kasalligini prognostik omilini aniqlash mumkin Immunogistokimyoviy tekshiruvga kuzatuvga olingan 10 nafar bemorlarning 10 nafarida (10%) yengil darajali pozitiv reaksiya kuzatildi, o'rta darajali pozitiv reaksiya va yuqori pozitiv reaksiya kuzatilmadi Negativ reaksiya jarayonlari kuzatilmadi Yelbo'g'oz bilan kasallangan bemorlar ida Immunogistokimyoviy tekshiruvga kuzatuvga olingan 10 nafar bemorning 2 nafarida (20%) yengil darajali pozitiv reaksiya 3 nafarida (30%) o'rta pozitiv reaksiya va 5 nafarida (50%) yuqori pozitiv reaksiya kuzatildi Negativ reaksiya jaryonlari kuzatilmadi Ushbu reagentning o'rta va yuqori pozitiv reaksiyasi yelbo'g'ozni polimorfizmga uchragani va xavfli hujayralardan tashkil topganini ko'rsatadi

Xulosa: Ushbu korsatkichlardan shu narsa ma'lumki, tekshirilayotgan asosiy da yuqori pozitiv reaksiya 50% ayolda kuzatildi Shuning uchun bu ayollarni nazoratga olish, 6 oy davomida UTT va XGGni dinamik tekshirish tavsiya etiladi.

QANDLI DIABET 1 – TUR BEMORLARDA ASORATLI KATARAKTA PROFILAKTIKASI

Mamajanov X.X., Ikramov A.F., Abdullaev Sh.O.
Andijon davlat tibbiyot institute.

Tadqiqot maqsadi Qandli diabet 1 – turi bu surunkali endokrin kasalligi bo'lib, oshqozon osti bezi β – hujayralarining zaralanishi tufayli qonda insulin gormonining mutloq yetishmovchiligi bilan xarakterlanadi Bu kasallik ayrim asoratlar bilan birga kechadi, ulardan biri ko'zda kuzatiladigan asoratli kataraktadir Qandli diabet 1 – tur bemorlarda ko'z gavharida moddalar almashinuvining buzilishi oqibatida qoldiq moddalarning so'rilishida kechikishlar yuzaga kelishi va qondagi erkin glyukozalarning ko'z gavhariga cho'kib qolishi katarakta kelib chiqish jarayonini tezlashtiradi Tadqiqotni o'tkazishdan maqsadimiz, qandli diabet 1 – tur bemorlarda katarakta kelib chiqishiga turtki bo'luvchi omillarni aniqlab, ularni ba'taraf etish usullarini aniqlash.

Tadqiqot materiali va usullari Klinik tadqiqot uchun Andijon viloyat endokrin kasalliklar dispanseridagi 100ta 1 – tur qandli diabet bemorlar kasallik tarixlari o'rganildi Ularning 55tasida katarakta tashxisi qo'yilgan Ularning yoshi 13 – 24 yoshgacha, kasallik staji 8 – 14 yil, xammasi insulin oluvchilar Ularning xayot tarzi, qondagi qand miqdorini qay tarzda nazorat qilishi, mehnat faoliyati, endokrinolog va oftalmologga qatnash jarayoni, qo'shimcha qabul qiladigan preparatlari yaxshilab o'rganilib chiqildi Katarakta tashxisi qo'yilgan va katarakta aniqlanmagan bemorlarda yuqoridagi kriteriyalar asosida taxlillar o'tkazildi

Tadqiqot natijalari Olingan natijalar shuni ko'rsatdiki, katarakta asorati aniqlanmagan 1 – tur qandli diabet bemorlar katarakta aniqlanganlarga nisbatan qondagi qand miqdorini doimiy nazoratni amalga oshirishgan, belgilangan insulin preparatlarini belgilangan miqdorda va belgilangan vaqtda qabul qilib kelishgan, 1 yilda 2 marta endokrinologiya bo'limlarida konservativ davolanib kelishgan, 2 oyda bir marta endokrinolog ko'ruvga kelib

qondagi qand miqdori xolatiga qarab kerakli tavsiyalarni olgan, oftalmolog ko'ruviga xam tez tez qatnab ko'rish o'tkirligini domiy nazoratda olib yurishgan, xususan kataraktaning boshlang'ich belgilari aniqlanganda, uning rivojlanishni to'xtatib va moddalar almashinuvini ta'minlovchi preparatlarni qabul qilishgan, katarakta kelib chiqishida muxim omil oksidativ stress faktorini normalashtirish xam muhim ahamiyatga ega bo'lib, vitaminlar S, A va Ye idagi preparatlarni muntazam kerakli miqdorda qabul qilishgan, qandli diabet bemorlarda yallig'lanish jarayonidan so'ng xosil bo'lgan moddalar so'rilishida qiyinchiliklar vujudga kelib ayrimlari ko'z gavharida to'planib katarakta kelib chiqishiga sabab bo'ladi, bundan tashqari bemorlar turli xil yallig'lanish kasalliklarini dastlabki kunlarida aktiv ravishda uning rivojlanishni bataraf etishgan, bundan tashqari bemorlar to'g'ri ovqatlanish rejimiga doim amal qilib, qondagi glyukoza miqdorini ortishiga yo'l qo'yishmagan, aktiv xayot faoliyati va jismoniy xarakatlarni ham bajarib kelishgan Bunday xayot faoliyatini olib borgan 96% bemorlarda ko'z gavharida katarakta kasalligi kuzatilmagan

Xulosa Olingan natijalar orqali shunday xulosaga kelish mumkinki, qondagi qand miqdorini normada olib yurishga qaratilgan davolash metodlar kompleksi, antioksidant terapiya, to'g'ri ovqatlanish, mo'tadil jismoniy xarakatlanish, o'tkir yallig'lanishga qarshi vaqtida olib boriladigan davolash tadbirlari, muntazam ravishda endokrinolog va oftalmolog ko'ruvida bo'lishi 1 – tur qandli diabet bemorlarda katarakta kasalligi kelib chiqish profilaktikasida muhim vazifani bajaradi Bu jarayonlar bemorlarda kataraktani konservativ va jarrohlik yo'li bilan davolashga extiyoj qoldirmaydi Yuqoridagi olingan natijalar asosida katarakta profilaktikasi uchun kerakli strategiyalarni ishlab chiqish va bemorlar xayot tarziga kiritish kelajakda qandli diabet 1 – tur bemorlarda ko'rish o'tkirligini saqlanishida katta qadam bo'ladi Bu esa bemorlarda aktiv xayot faoliyatini saqlanishida katta rol o'ynaydi

DIABETIK RETINOPATIYANI LIMFATERAPIYA USULI BILAN DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHISH

Mamajanov X.X., Ikramov A.F., Abdullaev Sh.O.
Andijon davlat tibbiyot institute.

Tadqiqot maqsadi Diabetik retinopatiya qandli diabet kasalligining og'ir asoratlaridan biri bo'lib, bemorlarda ko'rlikkacha olib kelishi mumkin Diabetik retinopatiya qonda glyukoza miqdorining normaga nisbatan bir necha barobar ortishi natijasida to'r parda qon tomirlar devorida degenerativ o'zgarishlarga olib keladigan va oqibatda ko'rish o'tkirligining asta sekin pasayishidan to ko'rlikkacha olib keladigan surunkali endokrin kasallikdir Diabetik retinopatiyani davolashda xozirda quyidagilarga e'tibor qaratilgan: qonlagi glyukoza miqdorini nazorat etish, fotolazerkoagulyatsiya, ko'z olmasiga preparatlar in'eksiyasini yuborish va jarroxlik yo'li bilan davolashlarni o'z ichiga olgan Lekin bu usullar bilan davolash xar doim xam kerakli natijalarni bermaydi va ayrim xolatlarda nojo'ya ta'sirlarni keltirib chiqaradi Oxirgi vaqtlarda limfaterapiyaning diabetik retinopatiya patogeniziga ta'sirini va uni davolashdagi ahamiyatiga e'tibor qaratilmoqda Tadqiqotni o'tkazishdan maqsadimiz, limfaterapiyaning diabetik retinopatiyani davolashdagi rolini o'rganish va uni an'anaviy davolash metodlari bilan uyg'unlikdagi effektivligini baxolash

Adabiyotlar orqali limfa sistemasining diabetik retinopatiya patogeneziga ta'sirini o'rganish, limfaterapiya yo'li bilan davolangan bemorlarni klinik tekshiruvdan o'tkazish va olingan taxlillar orqali uning samaradorligini baxolash.

Tadqiqot materiali va usullari Klinik tadqiqot uchun Andijon viloyat endokrin kasalliklar dispanseridan diabetik retinopatiya tashxisi qo'yilgan 30 nafar bemor tanlab olindi Xamma bemorlarda noproliferativ diabetik retinopatiya belgilari aniqlandi, diabetik retinopatiyaning og'ir bosqichlari aniqlanmadi Ularda diabetik retinopatiyani davolashda qo'llaniladigan standart an'anaviy usullar bilan davolash amaliyotlari o'tkazildi Xususan, qondagi qand miqdori nazoratga olindi, ko'zlarida fotolazerkoagulyatsiya qilingan, ko'zlariga parabolbar in'eksiyalar qabul qilishgan Tanlangan bemorlar 2 ga ajlatildi 1 –dagi bemorlarda standart davolash amaliyotlari o'tkazildi 2 –dagilarga qo'shimcha ravishda limfaterapiya usuli kiritildi Bunda asosan limfatik drenaj terapiya usuli tanlab olindi, qo'l bilan limfatik tugunlar maxsus usul bilan massaj qilindi Bu usul limfa oqimini normallashtirib, to'qimalardagi shishlarni qaytarishga qaratilgan Bu usul bemorlarda 30 daqiqa davomida xaftasiga 2 marta 4 xafta davomida amalga oshirildi

Tadqiqot natijalari Olingan natijalar shuni ko'rsatdiki, bemorlarda standart an'anaviy davolash usuliga limfaterapiya metodini kiritish bemorlar ko'rish o'tkirligini saqlanishi, tiklanishi va xususan to'qimalarda shishlarni so'rilishida ijobiy ta'sir etdi Bemorlar ko'rish o'tkirligi tekshirilganda 2 –dagi bemorlar ko'rish o'tkirligi tadqiqotdan oldingiga nisbatan 20 – 30%ga oshgani aniqlandi Optiko kogerent tomografiya orqali to'r pardadagi shishlarni so'rilishiga ijobiy ta'sir etgani aniqlandi Ikkala dagi natijalarni solishtirganda 2 –dagi bemorlarda limfaterapiya o'tkazilmagan bemorlarga nisbatan ko'proq ijobiy natijalarni ko'rish mumkin

Xulosa Olingan natijalar limfaterapiyani standart davolash usuli bilan uyg'unligini ta'minlash ko'rish o'tkirligini tiklanishi va saqlanishida yuqori effektivlikka olib kelishini ko'rsatadi Limfatik drenaj terapiya to'r pardadagi mikrosirkulyatsiyani normallashtirib, shishlarni qaytarishda va natijada ko'rish o'tkirligi tiklanishida muxim rol o'ynaydi Limfatik drenaj terapiya to'qimalardagi ortiqcha suyuqliklar va toksik moddalarni chiqarib tashlab diabetik retinopatiya patogeniziga ijobiy ta'sir etadi Kelajakda diabetik retinopatiyani davolashda limfaterapiya usulini tadbig' etish bemorlar xayot sifatini ijobiy tomonga o'zgartiradigan va og'ir asoratlar rivojlanishini to'xtatuvchi perspektiv davolash metodi bo'lishi mumkin

OQSIL-POLISAXARIDLAR O 'ZARO TA'SIRINING SO 'LAK AMILAZASI TOMONIDAN KRAXMAL GIDROLIZIGA TA'SIRI

Mamajonova O.S
Andilon davlat tibbiyot institute.

Oqsillarni hazm bo'lishing pasayishiga olib keluvchi, kraxmal-oqsil komplekslarini hosil bo'lishi va kraxmal oqsillarning o'zaro ta'siri kraxmalning hazm bo'lishiga qanday ta'sir qilishi katta qiziqish uyg'otdi.

So'lak amilazasi faolligiga kraxmal va kazein o'zaro ta'sirining ta'siri in vitro biokimyoviy tadqiqotlar natijalariga ko'ra o'rganildi.



Bu kraxmal va kazein nisbati 1:5 aralashmasi qo'llanilganda so'lak ta'siridan 30 daqiqa keyin, so'lak amilazasi faolligi faqat kraxmal qo'llanilgan variantga nisbatan $62 \pm 5,4$ % ni tashkil etdi Bu faqat kraxmal qo'llanilgan variant natijasidan ishonchli darajada past bo'ldi Shu bilan birga, kraxmal va kazein qo'llanilgan variantda so'lak amilazasining 60 daqiqa ta'siridan so'ng $81 \pm 7,3$ % ni tashkil etdi, bu faqat kazein qo'llanilgan variant ko'rsatkichidan ishonchsiz darajada past bo'ldi.

1:1 nisbatda kraxmal va kazein aralashmasiga so'lak ta'siridan 30 daqiqadan so'ng, faqat kraxmal qo'llanilgandagi natijaga nisbatan $91 \pm 8,5$ % ni tashkil etdi Bu natija faqat kraxmal qo'llanilgan variant ko'rsatkichidan ishonchsiz darajada yuqori bo'ldi.

Shuningdek, 1:1 nisbatda kraxmal va kazein aralashmasiga so'lak ta'siridan 30 daqiqa o'tgach, amilaza faolligi faqat kraxmal qo'llanilgan variant ko'rsatkichidan ishonchsiz darajada past bo'ldi va $78 \pm 6,9$ % ni tashkil etdi Bu ko'rsatkich faqat kraxmal qo'llanilgan variantning natijasidan ishonchsiz darajada past bo'ldi Shuningdek bu ko'rsatkich kraxmal va albumin aralashmasi 1:5 nisbatda qo'llanilgan variant natijasidan yuqori bo'ldi Bundan tashqari, kraxmal va albuminni birgalikda 1:1 nisbatda so'lak bilan 60 daqiqa inkubatsiya qilgandan so'ng, amilaza faolligi $89 \pm 8,1$ % ni tashkil etdi va bu ko'rsatkich faqat kraxmal qo'llanilgan variant natijasidan ishonchsiz darajada past bo'ldi shuningdek kraxmal va albumin 1:5 nisbatda qo'llanilgan variantning shunga o'xshash natijasidan ishonchsiz darajada yuqori bo'ldi.

Kraxmal va kazein aralashmasining 5:1 nisbatda qo'llash natijalari quyidagicha bo'ldi: so'lak bilan 30 daqiqa ta'sir qilgandan so'ng, amilaza faolligi $94 \pm 8,6$ % ni tashkil etdi, bu ko'rsatkich faqat kraxmal qo'llanilgan variantning o'xshash natijasidan pastroq edi Bundan tashqari, bu ko'rsatkich kraxmal va kazein aralashmasidan 1:5 nisbatda foydalanilgan variantning natijasidan ishonchli darajada past edi va 1:1 nisbatda esa ishonchsiz darajada yuqori edi Shu bilan birga, kraxmal va kazein aralashmasi qo'llanilganda so'lak amilaza ta'siridan 60 daqiqa o'tgach, faqat kraxmaldan foydalanilgan variantga nisbatan ko'rsatkich $98 \pm 8,7$ % ni tashkil etdi Bu faqat kraxmaldan foydalanilgan shunga o'xshash natijadan ishonchli bo'lmagan darajada past edi, shuningdek, 1: 5 nisbatda kraxmal va kazein aralashmasining o'xshash natijasidan ishonchli darajada yuqori va 1: 1 nisbatda qo'llanilgan variant natijasidan ishonchsiz darajada yuqori bo'ldi.

Tadqiqotda olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, kraxmalning oqsillar bilan aralashmasidan foydalanish so'lak amilazasi bilan kraxmalning gidrolizini kamayishiga olib keladi Bu ta'sirlar asosan oqsilga nisbatan kraxmalning past konsentratsiyasida namoyon bo'ladi.

Nafas olish sistemasi kasalliklarini profilaktikasida

INNOVATSIYALAR Mamarajabov Elbek Ergash o'g'li Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Tibbiy profilaktika,SSB va xorijiy talabalar fakulteti 4-bosqich talabasi Komilova Dilrabo Raximboy qizi Davolash fakulteti 4-bosqich talabasi Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali TTA Urganch filiali Jamoat salomatligi va Sog'liqni saqlashni boshqarish kafedrasida assistenti Ro'zimatov Fazliddin Isomiddin o'g'li

Barchamizga ma'lumki pandemiya davrida insonlar o'rtasidagi kontakt orqali va ishlatilgan buyumlardan COVID-19 kasallikining tez suratlarda avj olishi kuzatildi Butub dunyo bo'yicha o'lim soni-6,928,372 Bunda eng muhim masala bu- sterilizatsiya edi Bugungi har tomonlama rivojlanayotgan texnologiyalar asrida tibbiy madaniyatni yanada oshirish uchun - tibbiyotdagi innovatsiyalar muhim hisoblanadi.

Innovatsiya- soʻzi ingliz tilidan olingan boʻlib “kiritilgan yangilik ,ixtiro” degan maʼnoni anglatadi Tibbiyot sohasidagi innovatsiyalar tibbiy xizmatni yaxshilash maqsadida xizmat qiladi Masalan, tibbiy xizmatning sifatini, sonini va tezligini

MUAMMO Nafas olish sistemasi kasalliklari juda koʻplab etio-patogenezli hisoblanadi Bunda nafas olish sistemasi kasalliklarinig koʻpchiligining yuqish yoʻli havo-tomchi orqali boʻlishi, bu kasalliklarning uchrash va qaytalanish chastatasini koʻpaytiradi.COVID-19 pandemiyasida kasallik jadal koʻpayganligi va juda koʻplab insonlar hayotiga zomin boʻlganligi hech kimga sir emas Bunda inson omili oʻz-oʻziga kasallik yuqtirishi , sterilizatsiyaning talab darajasida boʻlmasligi, shifokorning oʻzi ham kasallanishi asosiy tibbiy va ijtimoiy muammo boʻldi Hozirgi kunda koʻpgina birlamchi tashxislovchi tibbiy buyumlarni sterillash jarayoniga befarq qaralmoqda Buning natijasida shifokor, hamshiralar va bemorlar xavo-tomchi hamda kontakt yoʻl orqali yuquvchi bakterial, virusli kasalliklar bilan kasallish darajasi yuqoriligicha qolmoqda Buni oldini olishga qaratilgan samarali va ilmiy asoslangan profilaktik ishlar yetarlicha emas.Masalan, odiygina fonendoskop ,jgut, ekg-elektrodlari ,nevrologik bolgʻacha kabilarning foydalanish foizi koʻp, amma sterillash foizi kamdir.

Yechim.Birlamchi tibbiy buyumlarni fizik sterillovchi prototip uskunani hamma uchun mos, qulay, arzon va koʻchib yuruvchi usulda yaratish hamda amaliyotga tatbiq etish Bu moslama oddiy tuzilishga ega boʻlib , uning asosiy tarkibiy qismi bu odatdagidan kichkinaroq va zararlilik foizi kamroq boʻlgan kvars lampasi (nur>253,7nm) Ultrabinafsha spektori 205-315 nm bakterialar uchun normal diapazonda taʼsir qilib, odam sogʻligiga zararsiz.Bu kvars lampasi 40x50sm2li izolyatsiyalangan germetik idishga yopishtiriladi, unga vaqt oʻlchagich va nur diapozonini nazorat qiluvchi generator oʻrnatiladi Bu asosan talabga mos ravishda ishlab chiqariladi Shifokor har qanday tibbiy koʻrikdan keyin birlamchi tashxislovchi tibbiy buyumlarni sterillash uchun shu idishchaga tashlashi va besh daqiqa ichida toʻliq fizik sterillab olishi mumkin Naʼmuna sifatida koʻrsatilgan ushbu loyiha qiymati 45\$ ni tashkil etadi va bemaolol birinchi tibbiy yordamda hamda, diagnostik buyumlarni fizik sterillashda ishlatga boʻladi.

Loyihaning innovatsion yechimi hamda maqsadi quyidagilar: Bir bemordan ikkinchi bemorga tibbiy buyumlarni zararsiz va xotirjam ishlatga olish imkoniyati Shifokorlarning ham sogʻliq darajasining kafolati Qulay narxda va koʻtarib yurush uchun juda ham ixchamligida Eng asosiy jihati koronavirus kabi pandemik oʻchoqlarda juda ham keng yordam berishi mumkin.

QANDLI DIABETNING YIRINGLI-NEKROTIK ASORATLARINI DAVOLASH MUAMMOLARI

Mardonov Asadbek Shamsi oʻgli, Murodov Zayniddin Alimardon oʻgli

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Pediatriya fakulteti 3-kurs 324-, Pediatriya fakulteti 3-kurs 324-, Samarqand, Oʻzbekiston

Dolzarlighi: Hozirgi kunda qandli diabet butun jahon boʻylab keng tarqalgan kasallik boʻlib hisoblanadi Uning patoginezida 80-85% holatlarda kishi vaznining oshishi va semizlik yotadi



Ishning maqsadi: Qandli diabetning yiringli nekrotik fassied asoratlarini davolashda yangi texnologiyalarni joriy qilish

Tekshirish usullari: Statsionar sharoitda davolangan qandli diabetning yiringli nekrotik asoratlari bilan 67 ta bemor ustida kuzatuv olib borildi Erkaklar 42 ta, ayollar 25 ta Bemorlarning diabet bilan xastalanishi 8-20 yilni tashkil qildi Qandli diabetning og'ir shakli 50%, o'rtacha og'irlik 38% va yengil shakli 12% mijozlarda uchradi Statsionarlarga tushish vaqtida ko'pchilik bemorlarda yurak qon tomirlar, buyrak, jigar va o't yo'llari kasalliklari aniqlandi Tashxis qo'yishda anamnezi, umumiy ko'rik ma'limotlari, laboratoriya tahlillari, EKG, Exokardiografiya, rentgenologik, dopreriografiya, KT va MSKTG ga asoslandik Oxirgi yillarda angiografiya tekshirish usuli joriy qilindi Yumshoq to'qimalardagi yiringli nekrotik asoratlar qandki diabetning 2-tipida aniqlandi: diabetik panja sindromining og'ir shakli, paraproktitlar, Furne, chuqur inyeksiyadan keyingi absesslar, qo'l oyoqlar flegmonasi, operatsiyadan keying yaralarning yiringlashi Fassiet asoratlarining rivojlanishida eng avvalo yuzaki fassiyalar va teri osti yog' qatlami birinchi bo'lib jarohatlanadi Qandli diabetning neyropatik shaklida oyoq panjalari mushaklarining atrofiyasi rivojlanib ularning deformatsiyasiga olib keladi Deformatsiya kuchaygan sari panja barmoqlarida so'gal paydo bo'ladi va keyinchalik trofik yaralar paydo bo'ladi

Natija: Nekrotik fassietlarning rivojlanishidagi alohida kechimi fassiyalardagi yiringli nekrotik holatlarning chuqur to'qimalarga o'tib mionekrozlar berishdir Biz bir statsionarlarga kech kelgan og'ir ahvoldagi bemorlarda sepsisning klinik klinik rivojlanishi belgilarini aniqladik Ular asosan o'tkir paraproktitlarning fassietlar asorati bilan oraliq sohasiga va qorinning old devoriga tarqalib katta flegmonalar paydo bo'lganligini, oyoq panjalari va barmoqlarida yiringli nekrotik flegmonalar paydo bo'lganligini aniqladik Ana shu bemorlarda sepsis rivojlangani kuzatildi Yiringli nekrotik fassietlarni davolashda o'z vaqtida erta diagnoz qo'yish va radikal operatsiya usulini qo'llashdir Bu usulning asosiy mohiyati keng xirurgik kesma qilish, qolgan bo'shliqni va yaralarni yaxshilab yuvish, adekvat drenajlashdan iborat Biz kuzatgan bemorlarda o'z vaqtida operativ davolash qo'llanildi, flegmona absesslar keng va katta kesmalar bilan ochildi, nekrotik to'qimalar nekrektomiya qilindi Ayrim holatlarda bemorlarning og'ir ahvolda ekanligi to'liq nekrektomiya qilishning iloji bo'lmadi Shuning uchun operatsiyadan keying davrda etapli nekrektomiya qo'llanildi Qolgan bo'shliqni va yaralarni vodorod peroksid eritmasi va ayrim antiseptik suyuqliklar ishlatildi Biz oxirgi yillarda yaralarni yuvishda atserben eritmasini qo'lladik Etapli davolash oraliq I davrida bemorlarni og'ir ahvolini mo'tadillash, oyoqlarni klretik eshemiya holatdan chiqarish, qondagi qand miqdorini korreksiya qilish imkoniyatiga ega bo'ldik So'ngi yillarda endovazal xirurgik operatsiyalar usullarning qo'llanilishi katta amputatsiyalar foizini keskin qisqartirdi

Xulosa: Qandli diabetning yumshoq to'qimalardagi va diabetik panja sindromining yiringli nekrotik asoratlarini davolashda kompleks etapli xirurgik davolash va endovazal xirurgik operatsiya usulini qo'llanilishi eng optimal usul hisoblanadi.



**BOLALARDA APENDIKULYAR PERITONIT VA UNING ZAMONAVIY
DAVOLASH USULLARI.**

Maxammatov Alisher Erkayevich

**Davolash fakuteti 414- talabasi Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-son umumiy va
bolalar xirurgiyasi kafedrası Ilmiy rahbar: t.f.n dotsent**

Mavzuning dolzarbligi Hozirgi kunda bolalar orasida Apendikulyar peritonit ko‘p uchrayotganligi va uning muqobil aniqlash usullarining takomillashmaganligi hamda bemorlarni davolash jarayonining murakkabligi Bemor bolalarda asoratlarning ko‘p kuzatilganligi

Maqsad Apendikulyar peritonit bilan kasallangan bolalarni davolash usullarini takomillashtirish.

Materiallar va usullar Davolash samaradorligining retrospektiv tahlili o‘tkazildi Respublika bolalar xirurgiyasi ilmiy-amaliy markaziga “Apendikulyar peritonit” tashxisi qo‘yilgan 1483 nafar bemor (1016 nafar o‘g‘il va 422 nafar 1 yoshdan 17 yoshgacha bo‘lgan qizlar) zudlik bilan yotqizildi 72,4% (1073 bemor) minimal invaziv laparoskopik usulda operatsiya qilingan, an‘anaviy - 27,6% (410 kishi) operatsiyadan keyingi erta davrda antibiotik terapiyasi bilan birgalikda

Natijalar va uning muhokamasi 2012-2023yillar oralig‘ida bo‘limida Apendikulyar peritonit kuzatilgan bemorlar soni 1438 tani tashkil qiladi 1-3 yoshgacha bo‘lgan bemorlarning 14 nafari o‘g‘il, 6 nafari qiz, 4-7 yosh oralig‘idagi bemorlarning 97 nafari o‘g‘il, 69 nafari qiz, 8-12 yosh oralig‘idagi bemorlarning 609 nafari o‘g‘il, 171 nafari qiz, 13-17 yosh oralig‘idagi bemorlarning 296 nafari o‘g‘il, 146 nafari qiz Ushbu bemorlarning 1073 nafari laparoskopik usulda, 410 nafari laparotomik usulda operatsiya qilindi laparoskopik operatsiya qilingan bemorlarning 13 nafarida an‘anaviy usul amalga oshirildi laparoskopik amalyotdan keyin 7 ta bemorda operatsiyadan keyingi asorat sifatida retroperitonit rivojlandi Laparotomiya amalyotdan keyin 25 ta bemorda operatsiyadan keyingi asorat sifatida retroperitonit rivojlandi.

Maktab yoshidagi appenditsit bilan og‘rigan bemorlarda 6-20% hollarda rivojlanadi, erta va maktabgacha yoshda qorin pardaning yallig‘lanish xavfi 50% ga etadi Jarrohlik patologiyasining og‘ir intoksikatsiya sindromi bilan kombinatsiyasi noqulay va murakkab shoshilinch davolanishni talab qiladi, shuning uchun peritonit hozirgi kunda ham bolalar jarrohligida o‘ta dolzarb muammo bo‘lib qolmoqda.

Xulosa Bemorlarni endoskopik usulda tekshirish ko‘p jihatdan qulayliklar taqdim etadi Bu bizga qorin bo‘shlig‘idagi eksudatlarni aniqlash va tozalash imkonini beradi.

Demak bizda Apendikulyar peritonit bilan 1438 ta bemordan , 1073 tasi laparoskopik usulda va 410 tasida Laparotomiya amaliyoti o‘tkizilgan.

laparoskopik operatsiya jarayonida 7 ta bemorni an‘anaviy usulda ochib kirishga majbur bo‘lingan Ushbu bemorlarning 2 nafarida sepsis rivojlangan.

Biz laparoskopik usuldan foydalanishimiz bemor tanasida choklarning kamligi, operatsiyadan keyingi asoratlarning kam kuzatilishi bu usulning qulayliklari.



**COVID-19 DAN UMURTQA SUYAGI AVASKULYAR NEKROZINING KLINIK-
ANAMNESTIK TAHLILIGA YANGICHA YONDASHUV VA DAVOLASH
TAKTIKASINI TANLASH.**

**Mahkamov Nosirjon Jo'rayevich, DSC.,
Andijon davlat tibbiyot instituti, bolalar travmatologiya
ortopediyasi va neyroxirurgiya kafedrasining dotsenti**

Mavzuning dolzarbligi Avaskulyar nekrozda kasallanish umurtqa pog'onasining degenerativ kasalliklarining struktur-funksional turi ya'ni simfizning tog'ayli fibroz xalqasi shikastlanishi va elastiklik holati buzilish natijasida diskda protruziya va churra rivojlanishiga olib keladi

Kasallikning negizida umurtqaning degenerativ-distrofik o'zgarishlari rivojlanishi, kasallikni bosqichma-bosqich umurtqa tanalariga, bo'g'imlari va bog'lamlariga tarqalishi bilan kechadigan jarayon yotadi Kasallik natijasida umurtqalararo segmentda noturg'unlik rivojlanadi Ayniqsa diskdagi patologik holat segmentlararo nerv elementlari va tolalarini ezilishi va og'riqli sindromni rivojlanishiga sabab bo'ladi COVID-19ni rivojlanish bosqichlarida disk churrasi rivojlanishi, umurtqa tanalarida avaskulyar nekroz va osteofitlarning paydo bo'lishi va ularning umurtqa kanali tomon o'sib kirish holatlari kuzatiladi Tadqiqot usuli va maqsadi sifatida shuni ta'kidlash kerakki, Ushbu aseptik nekrozning patogenetik mexanizmlarini tushinib olish uchun umurtqa suyagini qon bilan ta'minlaydigan medial va lateral arteriyalarining tashqi va suyak ichi tarmoqlarini COVID-19 infeksiyasini boshidan o'tkazganlarda kuzatilgan umurtqa suyak aseptik nekrozi natijasida jarrohlik amaliyotida olib tashlangan to'qimalar tarkibidagi ushbu arteriyalar tarmoqlarini gistologik jihatdan o'rgandik Mikroskopik tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki, shu sohada joylashgan, noxush va yonbosh-bel mushaklari orasidan o'tadigan eng muhim medial arteriya tarmoqlarida virusli infektsiya ta'sirida rivojlanadigan patomorfologik o'zgarishlar mavjudligi aniqlandi Morfologik jihatdan suyakning aseptik nekrozi mikrotsirkulyator tomirlarda qon bilan ta'minlashi buzilishi oqibatida distrofiya, suyak to'qima tuzilishining buzilishi, ya'ni degeneratsiya, qon oqib kelishining buzilishidan suyak to'qimasida bosim oshishi, oziqlanishning yetishmasligidan reparativ regeneratsiyaning to'xtashi va aseptik nekrozlanishning kuchayishi kuzatiladi.

Ko'p holatlarda albatta solishtirma instrumental tekshiruvlar anamnestik ma'lumotlar bilan jamlanadi, chunki disk churralari bilan tos-son bo'g'im kasalliklari (koksartroz, tuberkulyoz, brutsellyoz artriti va COVID-19 dan keyingi aseptik nekroz) klinikasi o'xshashliklari judayam ko'p uchraydi.

Anamnestik va instrumental tekshiruvlarni ayniqsa tos-son bo'g'imi kasalliklari bilan solishtirma tashxis o'tkazilmasdan qilingan ko'plab muolajalar natijasiz davo hisoblangan, chunki tos - son bo'g'imi koksartrozi, koksiti, kontrakturas va aseptik nekroz (COVID – 19 asorati) dan keyingi holatda bemorlarda o'xshash klinika saqlanib qolgan og'rik simptomlari borligi aniqlangan. Shuning uchun klinik anamnestik ma'lumotlarga asoslangan tashxis va davo samaralidir.

Tadqiqot natijasi COVID-19 infeksiyasiga xos bo'lgan to'qimalardagi patomorfologik o'zgarishlardan biri, bu infeksiyaning proliferativ davrida biriktiruvchi to'qima hujayralari va ularga aralash holda limfoid va makrofagal hujayralarning proliferatsiyalanib ko'payishi

bo'lib, umurtqa suyak atrofida va suyak ichi yumshoq to'qima tarkibida ham limfotsitlar hujayralarning proliferatsiyalanib, ko'payishi, arteriya va arteriolalar devori hujayralari proliferatsiyasi kuchayib, ko'p sonli mayda kapillyar tipidagi tomirlarning o'zaklari paydo bo'lganligi, yallig'lanishli angiomatoz jarayoniga olib kelganligi tasdiqlandi

Xulosa: Umurtqa pog'onasi degenerativ-distrofik kasalliklari bo'yicha klinik, anamnestik va instrumental ma'lumotlarning xususiyatlari to'g'risidagi ma'lumotlar zarur davolash tadbirlarini ishlab chiqishga imkon beradi.

Osteoxondroz, aseptik nekroz bilan ta'sirlangan to'qimalar tuzilmalarida morfologik o'zgarishlarning hususiyatlarini aniqlash ushbu umurtqa suyagi kasalliklarining xarakterli belgilarini tushunishga imkon beradi. Umurtqa pog'onasi degenerativ –distrofik kasalliklarining barcha turi va aseptik nekroz bilan ta'sirlangan umurtqa suyagi plastinkasining to'qima tuzilmalarida xarakterli morfologik ko'rinishlarni aniqlash ushbu kasalliklarining xarakterli belgilarini tushunishga imkon beradi.

COVID -19 o'tkazgan umurtqa suyagi aseptik nekrozi bor suyagi to'qima tuzilmalaridagi morfologik o'zgarishlarning turlarini aniqlash, bu kasalliklarni son boshchasining boshqa qismlaridan ajratib turadigan xususiyatlarini ko'rsatadi. Qiyosiy morfologik ko'rinishlarini o'rganish umurtqa suyagi barcha qismlarining COVID -19 o'tkazgan bemorlar degenerativ-distrofik kasalliklarini to'g'ri tashxislash imkonini beradi.

COVID-19 DAN KEYINGI UMURTQA SUYAGI AVASKULYAR NEKROZINING KLINIK - MORFOLOGIK O'ZGARISHLARI

**Mahkamov Nosirjon Jo'raevich: PhD,
Bolalar travmatologiya ortopediyasi va neyroxirurgiya kafedrasida dotsenti,
Andijon davlat tibbiyot instituti, e/p;makhamov**

Muammoning dolzarbligi Dunyoni SARS-COV-2 qo'zg'atgan koronavirus infeksiyasi qamrab oldi. Shunda tibbiyot jamoalari bu infeksiyaning o'tkir fazasini o'rganishni boshladi, lekin keyinchalik tushuncha paydo bo'ldiki, har xil ko'rinishlarda namoyon bo'ladigan mul'titizimli xarakterga ega bo'lgan, kechikib keladigan oqibatlari mavjudligi tasdiqlandi. 2021 yili kuz oyida Butun Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti taklifi bo'yicha “Postkovid sindromi” nomlanishi, havfli omillari, patogenez va klinik-morfologik kechishi muhokamadan o'tdi. Postkovid sindromi mul'titizimli xarakterga ega bo'lganligidan, bir ko'rinishi sifatida suyaklarning aseptik nekrozlanishi, jumladan umurtqa pog'onasining avaskulyar nekrozi oqibatida nekrotik-degenerativ kasalliklar rivojlanishi aniqlandi.

Material va usullar. Material sifatida 2021-2023 yillar davomida Toshkent tibbiyot akademiyasi shifoxonalari va Andijon shahridagi Ibn Sino hususiy klinikasi ortopediya bo'limida umurtqa pog'onasi distrofik-degenerativ kasalliklari bilan davolanishdan o'tgan 63 ta bemorlarning klinik-anamnestik tahlili va jarrohlikda olingan to'qima materiallari o'rganildi. Bemorlarning yoshi 30 dan 65 yoshgacha bo'lgan, o'rtacha 42,6 yoshni tashkil qilgan bemorlardan iborat bo'ldi. 47 ta bemorlarda umurtqa pog'onasida har xil darajadagi aseptik nekroz jarayoni aniqlangan va ulardan 16 tasida jarrohlik amaliyoti o'tkazilib, umurtqa pog'onasi aseptik nekrozga uchragan sohasi, suyakning tashqi pardasi, tog'ayli disk va umurtqa suyagi birgalikda olib tashlangan. To'qima bo'lakchalari makroskopik jihatdan

o'rganilib, har biridan 1,5 – 1,5 sm kattalikdagi bo'lakchalar kesilib olindi va mikroskopik tekshiruv hulosalari olindi.

Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi Covid-19 dan keyingi murojaat qilgan bemorlarda o'tkazilgan rentgenologik va MRT tekshiruvlari natijalari ko'rsatishicha, bel sohasidagi aseptik nekroz o'chog'i har xil darajadagi magnitli rezonans signallari ko'rinishidagi nekrozlanish fokuslari mavjudligi bilan belgilanadi Morfologik tekshiruv natijalari ko'rsatishicha, aseptik nekroz jarayonining birinchi davrida, umurtqa pog'onasi suyaklari atrofidagi yumshoq to'qimalar va suyak pardasidagi to'qimasi kuchli shishga uchraganligi, hujayra va tolali tuzilmalarining titilib, betartib joylashganligi, oraliq moddada vakuollashgan bo'shliqlar paydo bo'lganligi aniqlanadi

Xulosa shuki, avaskulyar nekroz o'chog'i MRT tekshiruvida signallar har xil intensivlikda namoyon bo'ladi, qon quyilgan bo'lsa signallar intensivlik darajasi oshadi, to'qima suyuqligi shimilgan, osteoskleroz rivojlangan bo'lsa pasayishi kuzatiladi Umurtqa pog'ona suyagi aseptik nekrozi rivojlanishining dastlabki davrida suyak atrofidagi tashqi parda va yumshoq to'qimalarda qon tomirlarining torayishi va trombozi oqibatida nekrobiotik o'zgarishlar rivojlanadi Umurtqa pog'ona suyagi tarkibida dastlab oraliq osteoid modda nekrobiozlanib, destruktisyalangan osteoblast, osteoklast va fibroblastlar joylashgan bo'shliqlar paydo qiladi, keyin suyakning qattiq ustunlarida distrofik va destruktiv o'zgarishlar rivojlanishi oqibatida nekrobiotik o'zgarishlar paydo bo'ladi

METABOLIK DISFUNKSIYA FONIDA YURAK ISHEMIK KASALLIGI UCHRASH CHASTOTASINI ANIQLASH VA KASALLIK KECHISHINI PROGNOZLASH

Maxkamova M.M., Nurillaeva N.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, Toshkent, O'zbekiston Tadqiqot maqsadi Yurak ishemik kasalligi (YIK) stabil zo'rqiish stenokardiyasi 1-2 FS mavjud bemorlarda metabolik disfunktsiya bilan assotsirlangan jigarning steatoz kasalligi (MASLD) mezonlarining uchrashini o'rganish va ularning fonida kasallik kechishini prognozlash.

Tadqiqot material va usullari Tadqiqot uchun Toshkent tibbiyot akademiyasi Ko'p tarmoqli klinikasining qabul bo'limiga murojaat qilib kelgan YIK stabil zo'rqiish stenokardiyasi 1-2 FS tashxisi qo'yilgan 45-59 (o'rta yosh) yoshgacha bo'lgan 86 nafar bemorlar tanlab olindi va ularda metabolik disfunktsiya bilan assotsirlangan jigarning steatoz kasalligi (MASLD) mezonlari mavjudligini tasdiqlovchi tekshiruv usullar o'tkazildi:

Antropometrik skrining (tana vazni indeksi (TVI), bel aylanasi (BA), son aylanasi (SA), BA/SA nisbati); Qonning klinik va biokimyoviy tahlili; Koagulogramma; Aminotransferaza ko'rsatkichi (AsAT/AlAT — koefitsiyent de Ritis), ishqoriy fosfataza (IF), gamma-glutamilttransferaza (GGT), bilirubin; Lipid profilining standart nazorat metodlarini qo'llash orqali asosiy metabolik xavf omillari: xolesterin, triglitserid, XS YZLP, XS PZLP ko'rsatkichlari; Plazmada glukoza ko'rsatkichi; Visseral semizlik indeksini xisoblash (VAI — Visceral adiposity index): $BA/39,68 + (1,88 \times TVI) \times TG / 1,03 \times 1,31 / XS YZLP$; HOMA-IR indeksini xisoblash: och holatda plazmadagi glyukoza miqdori (mkEd/ ml) $\times$ qondagi glyukoza miqdori (mmol/l)/22,5; Jigar ultratovush tekshiruvi (UTT); YIK

tashxisini tasdiqlash maqsadida tredmil-test va veloergometriya Bemorlar 1 yil davomida kuzatuvga olingan.

Tadqiqot natijalari Tadqiqotning dastlabki natijalariga ko'ra, metabolik disfunktsiya bilan assotsirlangan jigarning steatoz kasalligining mezonlaridan asosiysi- jigarning steatoz kasalligi barcha bemorlarga jigar UTT tekshiruvini o'tkazish orqali tasdiqlandi Kichik mezonlarning uchrashi quyidagi ko'rsatkichlarni ko'rsatdi- tana vazni indeksi (TVI) ning ≥ 25 kg/m² dan yuqori bo'lishi- 78 (90,6%), och qoringa glyukoza miqdorining $\geq 5,6$ mmol/l dan yuqori bo'lishi- 37 (43%), qon zardobida triglitseridlar miqdorining $\geq 1,70$ mmol/l dan yuqori bo'lishi- 65 (75,6%), qon zardobida yuqori zichlikdagi lipoproteidlar (YZLP) miqdorining $\leq 1,0$ mmol/l yuqori bo'lishi- 67 (78%) va arterial gipertoniya- 61 (71%) 39 (45,3%)–nafar bemorda kasallik mezonlaridan 1 tasi, 48 (55,8%) nafar bemorda 2 tasi, 32 (37,2%) nafar bemorda 3 ta va 14 (16%) nafar bemorda kasallik 4 ta mezonni mavjud ekanligi aniqlandi Bemorlar dinamikada 1 yil davomida kuzatildi Kuzatuv natijalariga ko'ra, nafar kasallik mezonlarining 1 tasi mavjud bemorlarda yil davomida standart davofonida sezilarli o'zgarish kuzatilmadi 17 (19,8%) nafar kasallik belgilarining 2 tasi musbat bo'lgan bemorlarda 1 FS dan 2 FS ga o'tish kuzatildi, va 5 (5,8%) nafar 2 FS mavjud bemorlarda kasallik o'tkir miokard infarkti bilan asoratlandi Kasallik mezonlaridan 3 va 4 tasi musbat bo'lgan bemorlarda o'tkir miokard infarkti (mos ravishda 4 (12,5%); 6 (42,8%)) kuzatilgan.

Xulosa Jigarning steatoz kasalligi yurtimiz hududida keng tarqalgan bo'lib, bugungi kunda uning kardiometabolik mezonlardan birortasi bilan birgalikda kelishi tibbiyotga metabolik disfunktsiya bilan assotsirlangan jigarning steatoz kasalligi sifatida kiritildi Ushbu kasallik ko'p holatlarda mustaqil holatda YIK rivojlanishiga sabab bo'lishi, shuningdek kasallik kechishiga ta'sir qilishi aniqlangan O'tkazilgan kichik tekshiruv-tahlil natijalari ko'rsatadiki, metabolik disfunktsiya bilan assotsirlangan jigarning steatoz kasalligi YIK kechishini og'irlashtiradi Qondagi YZLP miqdorining yuqori bo'lishi va qon bosimining $\geq 130/85$ mm.sim.ust dan yuqori bo'lishi YIK bilan og'rigan bemorlarda o'tkir miokard infarkti uchrashi xavfini oshiradi Mezonlardan 3 va undan ko'pi musbat bo'lgan holatlarda bemorlar orasida O'MI uchrash xavfi oshishi kuzatildi

TRAUMATOLOGIYA VA ORTOPEDIYA YO'NALISHLARIDA INNOVASION MASHG'ULOTLARINI JORIY ETISH.

**Mahammadyusupova M.K., Davlatov B.N.
Andijon davlat tibbiyot instituti.**

Hozirgi vaqtda O'zbekiston Respublikasida, xususan, Andijon Davlat Tibbiyot Institutida oliy o'quv yurtlari talabalarini tayyorlash jarayonida ko'plab virtual texnologiyalar keng tarqalgan O'zbekiston Respublikasi Prezidentining “Oliy ta'limni yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida”gi 2909-son, “Tibbiyot ta'limi tizimini yanada isloh qilish chora-tadbirlari to'g'risida”gi 2956-son va “Oliy ta'limni yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risidagi qarorlariga muvofiq 2017-2021 yillarga mo'ljallangan O'zbekiston Respublikasi aholisiga tibbiy yordam ko'rsatish” mavzusida 2018 yilda tashkil etilgan va Andijon davlat tibbiyot institutining O'quv-simulyatsiya markazi ochilgan.

Talabalarni tayyorlash uchun simulyatsiya markazi turli xil fantomlar, maneterlar, simulyatorlar, virtual simulyatorlar va boshqa texnik o'quv vositalari bilan jihozlangan bo'lib, ular turli darajadagi ishonchlilik darajasida jarayonlar, vaziyatlar va talabalarning turli sohalardagi kasbiy faoliyatining boshqa jihatlarini amaliy tibbiyotga taqlid qilish imkonini beradi. Markazda anesteziologiya-reanimatsiya, jarrohlik, akusherlik-ginekologiya, pediatriya va neonatologiya, stomatologiya, oftalmologiya simulyatsiya bo'limlari amaliy mashg'ulotlar uchun maxsus xonalarga ega. 2019-yilda O'quv-simulyatsiya markazi neyroxirurgiya va travmatologiya, akusherlik va ginekologiya, jarrohlik va anesteziologiya va reanimatsiya yo'nalishlari bo'yicha zamonaviy fantom va dummilar bilan jihozlandi.

Ma'lumki, "Travmatologiya", "Harbiy xirurgiya" va "Neyroxirurgiya" talabalar uchun tibbiy tayyorgarlikning predmeti sifatida turli travmatik jarohatlarda tibbiy yordam ko'rsatish asoslari va ko'nikmalarini o'rganish va o'rgatishdan iborat. O'quv jarayoni talabalarga tibbiy yordamning barcha bosqichlarida, jumladan, kasalxonaga qadar, kasalxonaga va kasalxonadan keyingi bosqichlarda yordam ko'rsatishga o'rgatishdan iborat.

Bugungi kunga qadar ADTI "Travmatologiya, ortopediya va neyroxirurgiya" kafedrasida ta'limda simulyatsiya usullarini qo'llash bo'yicha yetarli tajriba to'plangan bo'lib, bu 2, 4, 6-kurs talabalari uchun simulyatsion o'qitish tizimini yaratish imkonini berdi.

Mashg'ulot jarayonida oddiy amaliy ko'nikmalarni mashq qilish uchun individual fantomlardan foydalanishga asoslanadi, masalan, gips qoplamalarini tayyorlash, turli xil shinalardan foydalanish, shu jumladan improvizatsiya qilish, qon ketishini to'xtatish usullaridan foydalanish, og'riq qoldiruvchi vositalar turlarini bajarish usullari va boshqalar.

Kafedrada, xususan, "Travmatologiya" va "Neyroxirurgiya" fanlarida murakkab virtual simulyatorlar va ularni boshqarish tizimlaridan foydalanish joriy etilgan, mikroskopik va murakkab choklarni qo'llash, kattalashtiruvchi asbob-uskunalar (lupa, mikroskop) yordamida turli jarrohlik usullarini bajarish usullarini o'rgatish yo'lga qo'yilgan. Suyaklar va bo'g'imlarning turli shikastlanishlarini bartaraf etishga qaratilgan turli xil manipulyatsiyalarni bajarishda mashg'ulotlar rentgen apparatlaridan (EOP) foydalanish bo'yicha mashg'ulotlar bilan birgalikda amalga oshiriladi, bu faqat so'nggi o'n yillikda mumkin bo'ldi.

Shunday qilib, simulyatsiya mashg'ulotlari talabalarni tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha ko'nikmalarga ega bo'lish va tajriba to'plash bilan o'qitishning zamonaviy texnologiyasi bo'lib, u amaliy sog'liqni saqlash sohasida ishlagan birinchi kundan boshlab malakali kadrlarni o'qitish imkoniyatiga ega. Aholiga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifati, samaradorligi va xavfsizligini oshirish imkoniyatini beradi.

UMURTQA POG'ONASINING DEGENERATIV SHIKASTLANISHINI EPIDEMIOLOGIYASI O'ZIGA XOS XUSUSIYATI

**Mirzajonov A Sh., Mamasoliev N.S., Usmonov B.U., Qalandarov D.M.
Andijon davlat tibbiyot instituti.**

Tadqiqotning maqsadi – Farg'ona vodiysi sharoitida yashovchi o'smir va katta yoshdagi axoli populyatsiyasida umurtqa pog'onasining degenerativ shikastlanishlarining (UDSh) epidemiologiyasini o'rganishdan iborat.

Tekshiruv materiali va usullari 21 yillik (2000 – 2020 yy.) retrospektiv kuzatuvli epidemiologik tadqiqot Andijon shahrida amalga oshirildi Uning ob’ekti qilib – RShTYoIM AF bo’limlarida davolash kursini o’tashgan axoli populyatsiyasi olindi 2000 – 2020 yillardagi prospektiv epidemiologik – klinik tadqiqotda jami 2994 ta UDSH bilan kompleks tadqiqot qilindi (1241 nafarini erkaklar va 1753 tasini ayollar tashkil qildi) Epidemiologik, klinik, bioximik va instrumental tekshiruv usullari qo’llanildi Tashxis umumqabul qilingan mezonlar va WOMC shkalasi qo’llanilib shakllantirildi.

Tadqiqot natijalari va xulosalar 21 yillik epidemiologik tavsiflanish ifodalanishicha UDSH statsionar sharoitidagi bemorlar populyatsiyasida (SShBP) yuqori chastotani tashkil qilib (70,4%) tasdiqlanadi 21 yillik trend, ushbu populyatsiyada, 68,5% dan 97,0%gacha o’zgarish bilan va yoki UDSHni 28,5% gacha ko’payishida ifodalanadi ($\chi^2=2,597$; $S=0,029$; $RR=0,957$; 95% CI=0,910 – 1,008; $P>0,05$) O’tiroq populyatsiyada – 69,6% va kelgindi axolida – 72,6%, erkaklar populyatsiyasida – 69,4% va ayollar populyatsiyasida – 71,1%, qishloq va shahar axolisida – 70,1% va 71,2% dan tarqalish chastotalarida aniqlanish chastotasi bilan UDSH tasdiqlanadi.

SShBP da ushbu xastalikni yuqori chastotalarda aniqlanishi va so’ngi yillarda o’sish tendensiyasi bilan ifodalanayotganligi e’tiborni tortadi.

KEKSA AHOLI UMURTQA POG’ONASINING DEGENERATIV SHIKASTLANISHLARI KLINIK KECHISHINING O’ZIGA XOS XUSUSIYATLARI.

Mirzajonov A Sh., Mamasoliev N.S., Usmanov B.U., Мамасолиева Ш.А
Andijon davlat tibbiyot instituti.

Tadqiqotning maqsadi – Andijon sharoitida umurtqaning degenerativ shikastlanishlarini (UDSh) katta yoshdagi axoli populyatsiyasida klinik kechishining xududiy xususiyatlari.

Tekshiruv materiali va usullari 21 yillik epidemiologik monitoringda 2994 ta umurtqani degenerativ shikastlanishi bilan bemorlar kompleks tadqiq qilindi < 20 yoshlilar – 25 ta (0,8%), 20-29 yoshlilar – 382 ta (12,8%), 30-39 yoshlilar – 511 ta (17,1%), 40-49 yoshlilar – 627 ta (20,9%), 50-59 yoshlilar – 721 ta (24,1%), 60-74 yoshlilar – 644 ta (21,5%) va ≥ 75 yoshlilar – 84 ta (2,8%) So’rovnomali, klinik instrumental va bioximik tekshiruv usullari qo’llanildi

Olingan natijalar va xulosalar 2000 – 2020 yillarda UDSHning an’anaviy xos simptomlarini aniqlanish chastotasi Andijon sharoitida va < 20 yoshli xamda >20-75 yoshli axolida o’rtacha 26,3%ni tashkil qilib kuzatiladi, an’anaviy ko’rinishi chastotasi – 4,9% ga ortgan ($\chi^2=0,517$; $S=0,080$; $RR=0,742$; 95% CI=0,324-1,699; $P>0,05$).

Tos son bo’g’imlarida og’riq bilan ifodalanish 2000- 2020 yillarda – 23,1% va 26,8% dan, tizza bo’g’imini passiv bukkanda og’riq bilan ifodalanish chastotasi – 18,2% va 26,7% ni, panja bo’g’imidagi og’riqlarni qo’shib uchrash chastotasi – 25,0% va 23,1% dan qayd qilinadi Shahar populyatsiyasida an’anaviy klinik simptomlarni aniqlanish chastotasi 21 yilda 50% ga ortib aniqlanadi [$\chi^2=2,357$; $S=0,420$; $RR=0,250$; 95% CI=0,017 – 3,624; $P>0,05$] va qishloq axolisida esa – 7,0% dan oshmasdan bunday aniqlanish chastotasi tasdiqlanadi [$\chi^2=0,009$; $S=0,011$; $RR=0,960$; 95% CI=0,404 – 2,280; $P>0,05$].

**SILYBUM MARIANUM O‘SIMLIGIDAN AJRATIB OLINGAN ENDOFIT
ZAMBURUG‘LAR EKSTRAKTLARINING ANTIBIOTIK XOSSALARI**

**G.D.Mo‘sajonova, M.Kabirova, U.A Dolimova,
Farg‘ona davlat universiteti.**

Hozirgi kunda dunyo miqyosida o‘simlik xomashyolaridan biologik faol moddalarni ajratib olish, ularning kimyoviy tuzilishi va biologik faolligini tekshirish, ular asosida yangi dori vositalarini joriy etish bo‘yicha ko‘plab tadqiqotlar olib borilmoqda Bugungi kunda tibbiyot amaliyotida qo‘llaniladigan dori vositalarining ko‘pgina qismini tabiiy manbalardan olish yo‘lga qo‘yilgan[1] Tabiiy manbalardan olinadigan dori-darmonlar olish samaradorligi, organizm tomonidan oson o‘zlashtirilishi va kam nojo‘ya ta’siri tufayli yuqori talabga ega[2] Shuningdek biologik faol moddalarga boy o‘simlik turlarini aniqlash, ulardan biologik faol moddalar ajratib olish va farmatsevtika sanoatiga tavsiya etish kimyo sohasining asosiy vazifasiga aylanmoqda[3] Antioksidant, antibakterial va zamburug‘larga qarshi ta’sirga ega kimyoviy birikmalarga farmatsevtika sanoatida talab yuqoriligi sababli ko‘plab olimlar biologik faollik namoyon qila oladigan kimyoviy moddalar olish borasida ilmiy izlanishlar olib bormoqdalar[4].

Jahonda o‘simlik xomashyosi asosida turli xil biologik faollikka ega bo‘lgan birikmalarni ajratib olish, ularni sifat va miqdoriy jihatdan tahlillarini amalga oshirish, identifikatsiya qilish usullarini ishlab chiqish bo‘yicha bir qator ilmiy tadqiqot ishlari qilinmoqda Asteraceae oilasi Silybum turkumiga kiruvchi Silybum marianum o‘simligining, biologik faol moddalarni aniqlash, biologik faolligini tekshirish va olingan natijalar asosida yangi dori vositalari uchun ilmiy asos ishlab chiqish dolzarb vazifalardan hisoblanadi.

Ushbu tadqiqot ishida mahalliy floraga mansub o‘simlik ekstraktlari va ulardan ajratib olingan endofit zamburug‘larning ekstraktlarining grammusbat va grammanfiy bakteriyalarga qarshi antibakterial, shuningdek zamburug‘ga qarshi faolliklari tadqiq etildi Quyidagi mikroorganizmlarning antibakterial va zamburug‘larga qarshi vositalarga sezgirlikni aniqlash uchun modifikasiyalangan agar – diffuzion usulidan foydalanildi: Staphylococcus aureus (ATCC 29213), Bacillus subtilis (ATCC 6059), Escherichia coli (ATCC 25922) va bitta Candida albicans (RKMUZ – 247) zamburug‘ shtammi.

Endofit zamburug‘lardan ajratib olingan ekstraktlarning biologik faolliklarini aniqlash natijalari

Namunal ar	Ingibirlanish		zonasi		diametri (mm)
	Grammusbat bakteriyalar		Gramm anfiy	Bakteri yalar	Zambur ug‘
	B.s ubtilis	S aureus	P aeruginosa	E.coli	Candida a.
Zamburu g‘ I xlorofor mli ekstrakti	11	NA	10	10	NA
Zamburu	NA	NA			

g' I Etilasetat li ekstrakti			NA	NA	9
Zamburu g' I Etanolli ekstrakti	7	10	11	13	NA
Zamburu g' II xlorofo rli ekstrakti	8	6	6	NA	NA
Zamburu g' II Etilasetat li ekstrakti	11	NA	7	NA	9
Zamburu g' II Etanolli ekstrakti	9	11	10	13	16
Ampicilli n (20 µg/disc)	26	25	NA	NA	NA
Ceftriaxo ne (20 µg/disc)	NA	NA	23	26	NA
Flucanaz ole (20 µg/disc)	NA	NA	NA	NA	25

- Ingibirlanish yo‘q: -- (na-not active)
- Kuchsiz : ingibirlanish zonasi ≤ 6 mm (weak)
- Sezilarli: 8-14 mm (appreciable)
- Juda sezilarli: 14-20 mm (pronounced)
- Kuchli: ≤ 20 mm (strong)

Mana shu asosda, mazkur tadqiqot ishining bajarilishi natijasida mahalliy floraga mansub o‘simlikdan ajratib olingan zamburug‘lar ekstraktlarining grammusbat va grammanfiy bakteriyalarga nisbatan antibakterial, shuningdek Candida albicans zamburug‘iga qarshi faolliklari ilk marotaba tadqiq etildi Zamburug‘lardan olingan etanolli ekstraktlar nisbatan yuqori faollikni namoyon qildi Ushbu natijalar asosida shuni hulos qilish mumkinku, o‘simliklar organizmida yashovchi mikroorganizmlar kelajakda yangi dorivor moddalarni olish uchun zaruriy homashyo manbayi bo‘lin hizmat qiladi.



LEYSHMANIOZ KASALLIGINI OLDINI OLISH

Mustanov J.A., Ne'matov A.S., Rasulov Sh.M., Mustanov A.N.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali.

Leyshmanioz odamlarda va hayvonlarda uchraydigan transmissiv protozoy kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchisi leyshmaniylar hisoblanadi, iskabtopar chivini orqali yuqadi. Leyshmanioz butun dunyo bo'yicha 98 ta davlatlarda endemik holda uchraydigan, tropik kasallikdir.

JSST bergan ma'lumotlariga ko'ra jahon bo'yicha teri leyshmaniozi bilan kasallangan 12 millionga yaqin bemor bor. Shu bilan birga, har yili taxminan 600 mingga yaqin yangi kasallanish holatlari aniqlanadi. Leyshmanioz bo'yicha xavfli hududlarda taxminan 350 million kishi yashaydi. So'nggi yillarda teri leyshmaniozi bilan kasallanish ko'rsatkichi o'sib bormoqda.

Tadqiqotning maqsadi: Leyshmanioz kasalligining oldini olishda epizootologik chora-tadbirlarni ahamiyatini tahlil qilish.

Tadqiqot tekshirish materiallari va usullari: Respublika O'lat profilaktika Markazining Surxondaryo viloyat bo'limi va SEO va JSX Surxondaryo viloyati boshqarmasining leyshmanioz bilan kasallanishni oldini olish bo'yicha olib borgan chora-tadbirlarining rasmiy hisobotlari. Ushbu ish bajarilishida epizootologik va epidemiologik usullardan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari: Surxondaryo viloyati Respublikaning janubiy tomonida joylashgan bo'lib, geografik joylashuvi bo'yicha chegara hudud hisoblanib, o'lat, karantin va o'ta xavfli yuqumli kasalliklarning chetdan kirib kelishi va tarqalishi nuqtai nazaridan xavfli hudud hisoblanadi.

Surxondaryo viloyatining chegaradosh xududlarda vizual kuzatuv va epidemiologik, epizootologik monitoring olib borilganda, chegaradosh hududlarning har gektarida 15-20 ta kemiruvchilar koloniyasi borligi aniqlangan. Kuzatuv olib boriladigan hududlarda o'ta xavfli yuqumli kasalliklarni va leyshmanioz kasalligining tarqalishida epizootologik ahamiyatga ega bo'lgan 10 ga yaqin kemiruvchilarning turlari uchirashi aniqlandi. Bular: Qizil dumli qumsichqoni (*Meriones libicus*), Tushki qumsichqoni (*Meriones meridianus*), Uy sichqoni (*Mus musculus*), Turkiston kalamushi (*Rattus turkistanicus*), Ingichka barmoqli yumronqoziq (*Spermophilopsis leptodactylus*), Seversov qo'shoyog'i (*Allactaga severtzovi*), O'rmon sichqoni (*Apodemus sulvaticus*), Archa polyovkasi (*Microtus juldaschi*), Qizil sug'urlar (*Marmota caudate*).

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi Respublika o'lat profilaktika markazi Surxonlaryo viloyat bo'limi mutaxassislari tomonidan berilgan ma'lumotlarga ko'ra 2011-2016 yillarda Termiz, Sherobod, Sho'rchi chegara rayonlari harbiy postlari atroflarida epizootologik kuzatuv va kemiruvchilarga qarshi 3410ga maydonda deratizatsiya, dezinfeksiya tadbirlari amalga oshirilgan. Barcha amalga oshirilgan ishlar chegara harbiy postlari harbiy vrachlari va harbiy o'rta tibbiyot xodimlari bilan hamkorlikda olib borilgan.

Shu tadbirlar jarayonida chegara qo'shinlari askarlari va zobitlari o'rtasida teri leyshmaniozi kasalligi bilan kasallangan 200 dan ortiq holatda qayd etilgan bo'lsa, Yuqorida ko'rsatilgan yillarda o'tkazilgan deratizatsiya va dezinfeksiya tadbirlaridan keyin 2020 yil teri

leyshmaniozi askarlar va zobitlar o'rtasida 41 ta holatda qayt etilib qariyb 5 barobarga kamayganligi kuzatilgan.

Ushbu chegara hududlarida yovvoyi kemiruvchilardan ingichka barmoqli yumronqoziq, qizil dumli qumsichqon, kunduzgi qumsichqon, turkiston kalamushi, dala sichqoniga qarshi deratizatsiya tadbirlari 3-10% fosfid sinka primankasi yordamida amalga oshirilgan Sho'rchi № 1 postidan Sherobod Qorakamar yuqori tomoni harbiy postiga qadar 168 km masofada piyoda deratizatsiya tadbirlari amalga oshirilgan Ushbu Amudaryo sohilidagi harbiy chegara postlari atrofida yovvoyi hayvonlardan chiyabo'rilar (shoqal), tulki, kaban, kiyik, quyonlar, sudralib yuruvchilardan ilonlar har xil toshbaqa, echkiemar, kaltakesaklar, har xil turdagi parranda qushlar hayot kechirishligi kuzatilgan

Leyshmanioziga qarshi olib boriladigan chora-tadbirlar:

Deratizatsiya ishlari zoolog, entomolog, yoki entomolog yordamchisi (ular bo'lmagan taqdirda entomolog yoki epidemiolog yordamchisi) rahbarligi ostida dezinfektorlar i tomonidan bajariladi Ish boshlashdan oldin taktik ish reja tuzib, qilinadigan ishlarning hajmi, uning bajarilish vaqti, sarf xarajat qilinadigan vositalar, ishchi kuchi, transport, maxsus ish kiyimlari va boshqalar hisoblab ko'rsatiladi Deratizatsiya qilishdan oldin aholi va korxona boshliqlari mahaliy rahbarlar bilan kelishilgan holda ular ogohlantiriladi va maxsus farmoyish qabul qilinadi (Deratizatsiya qilinadigan maydonda hayvon va parrandalarni boqish taqiqlanadi) Deratizatsiya qilinadigan maydon zoologik tekshiriladi Bunda kemiruvchi qum sichqonlar soni, ularning yashaydigan va yashamaydigan inlari, quduqlar, chorvachilik ayniqsa parrandachilik fermalari, hayvonlar boqiladigan maydonlar va boshqalar e'tiborga olinadi

Deratizatsiya ishlarini asosiy hujjati bu maydonning kontur kartasi hisoblanadi Katta masshtabdagi (1:10000 yoki 1:25000) karta tuziladi Buni tuzishda hokimlikning qishloq xo'jalik bo'limiga qarashli yerdan foydalanish yoki melioratsiya bo'limi rejasidan foydalaniladi

Kartada katta qumsichqonlarning to'dalar soni (yashaydigan va yashamaydigan to'dalar ini har xil belgilar, masalan + va 0 bilan belgilanadi Deratizatsiya o'tkazilib zararsizlantiriladigan maydonlarni tekshirish jarayonida birlamchi boshlang'ich karta tuziladi

Ekinzor va unga yaqin maydonlardagi tabiiy o'choqlar bir biridan foydalaniladigan sug'orish kanallari va kollektorlar bilan ajralib turadi Katta qum sichqonlarining bir maydondan ikkinchi maydonga ko'chib o'tishlari haqiqat bo'lsada, uni oldini olish maqsadida ularni to'la qirib tashlash ishlari to'liq amalga oshirilishi zarur Deratizatsiya ishlari aholi punktlari va dala shiyponlaridan 3-5 km radius kenglikdagi maydonlarda olib boriladi.

Deratizatsiya ishlarini yil davomida fosfid sink preparati bilan zaharlangan xo'raklar ishlatilib, kemiruvchilarni qirib tashlash tadbirlari yilni barcha yog'ingarchilik bo'lmagan kunlari olib borilishi zarur, lekin asosan erta bahorda (ko'klik chiqmasdan oldin) va kech kuzda amalga oshirilishi maqsadga muvofiqdir Deratizatsiya ishlari bahor va kuz oylarida kun bo'yi olib borilishi mumkin Issiq kunlarda ertalab va kunning 2- yarmida issiq harorat pasaygach ishlash ma'qul Bu esa ekologik nuqtai nazardan kunduzgi vaqtda faol bo'lgan kemiruvchi hayvonlarga qarshi kurashishning qulay vaqti hisoblanadi

Deratizatsiya yiliga 3 marta o'tkaziladi 1-tur (yanvar-mart); bu davr homilador qumsichqonlarining qirilishiga, hamda leyshmanioz bilan zararlangan qishdan chiqqan



kemiruvchining qirilishiga qaratilgan 2-tur (may); birinchi tur natijalarini mustahkamlashga qaratilgan 3-tur (sentabr-dekabr); kelasi yilda epidemiologik samara berishi mumkin bo'lgan, qishdan chiquvchi kemiruvchilar sonini kamaytirishga qaratilgan.

Xulosa: Leyshmanioz kasalligini oldini olishda, epizootik o'choqlarni kamaytirish yoki tugatish uchun deratizatsiya tadbirlarini to'g'ri tashkil qilish va o'tkazishning ahamiyati juda yuqori. Deratizatsiya tadbirlarini yiliga 3 marta o'tkazish va deratizatsiya samaradorligini aniqlash va epizootologik, epidemiologik tahlil o'tkazish kasallanishning yillar davomida kamayishiga olib keladi.

BOLALAR VA O'SMIRLAR GINEKOLOGIYASIDAGI MUAMMOLAR VA ULARNING YECHIMLARI

Nazarova Yorqinoy Xalpajonovna,

**Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Tibbiy va biologik kimyo kafedrası
assistenti Tojiboyev Oybek Avazjonovich, Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot
instituti Pediatriya yo'nalishi 2-bosqich talabasi.**

Ginekologiya-ayollarda va bolalarda xotirjamlik organlariga tegishli kasalliklarni o'rganuvchi tibbiy soha hisoblanadi. Bu sohada ishlagan mutaxassislar, ayollarni va bolalarni sog'ligini saqlashda, kasalliklarni oldini olishda va davolashda katta ahamiyatga ega. Bu tezida, o'smirlar va bolalar ginekologiyasi sohasidagi muhim masalalar va yechimlar haqida muhokama qilinadi.

Bolalar ginekologiyasining xususiyatlari, ayollar va bolalar orasidagi o'zaro bog'liqlik holatini, bolalar ginekologiyasida ko'p uchrovchi kasalliklar: vulvovaginit, vulvitis, vulvovaginitis, ureaplasmosis, mikoplazmoz va boshqalarni, bolalar ginekologiyasida davolash usullari: dori-darmonlar va antibakterial preparatlar, fizioterapiya, ozon terapiya va operatsion jarayonlarni o'rganadi.

Bolalar ginekologiyasi, bolalarning yoki kichikinalarning jinsiy organlari va ularning jinsiy tuzilishi bilan bog'liq tibbiy sohalaridan biridir. Bu sohada ishlaydigan ginekologlar, bolalarning jinsiy organlarining rivojlanishi, kasalliklar, zararli usullar va davolash usullari bilan bog'liq masalalarga duch keladilar. Bolalar ginekologiyasidagi tibbiyot shifokorlari bolalarni jinsiy hayot, jinsiy terapiya, jinsiy tarbiya va jinsiy salomatlik sohasida kuzatish va davolash bilan shug'ullanadi.

Bolalar ginekologiyasidagi eng ko'p uchraydigan masalalardan biri, balog'atga yetishgan qizlarda kasallik va rivojlanish jarayonidir. Ginekologlar, qizlarning rivojlanishi, hayz ko'rishni boshlanishi, kasalliklar va ularni oldini olish usullarini targ'ib etishlari kerak. Jinsiy salomatlikni saqlashda ginekolog tomonidan qabul qilingan bolalar, asosan, bolaning onasi tomonidan odatda bir yilda bir marta tekshirish, jinsiy tarbiya va salomatlik borasida birgalikda harakat qilishadilar.

Bolalar ginekologiyasiga oid davolash usullari, ginekologlar tomonidan aniqlangan kasalliklar va holatlarga qarab o'zgaradi. Bu davolash usullari dori preparatlari yoki operativ bo'lishi mumkin.

Bolalar va o'smirlarda keng tarqalgan ginekologik muammolar haqidagi ma'lumotlar ichida keng tarqalgan kasalliklar va davolash usullari keltirilgan:



1 Vulvovaginit: Bu holat vulva (jinsiy o'rganlar oralig'i) va vaginadagi (ajratuvchi kanal) og'riqlarning tarqalishi bilan bog'liqdir Vulvovaginit kundalik gigieyaning yaxshi emasligi, infeksiyalar yoki allergik reaksiyalar sababli yuzaga keladi Bolalar va o'smirlarda bu holatning sababi viruslar, bakteriyalar yoki griboklar bo'lishi mumkin.

2 Menstrual sikldagi muammo: Bolalar va o'smirlarda menstruatsiya sikli o'zgarishi, ovulyatsiyaning boshlanishi va o'z vaqtdan kechikishi, uzluksizligi yoki anormalligi, ajraladigan qonning ko'p yoki kam bo'lishi kabi muammolar paydo bo'lishi mumkin.

3 Vulvalar yoki vaginaning ma'lum qismlarida og'riq:bu muammoning sababi o'smirlardagi tartibsiz gigiena, infeksiyalar, allergik reaksiyalar yoki qisqa maqbuliyatlar bo'lishi mumkin.

4 Ginekologik infeksiyalar: Bolalar va o'smirlarda ginekologik infeksiyalar uzoq vaqt davomida yuqori harorat ta'siri yoki boshqa omillar natijasida vulva yoki vaginaning infeksiyalariga olib keladi Bu infeksiyalar bakteriyalar, viruslar, griboklar yoki parazitlar tomonidan kelib chiqishi mumkin.Natijada hayz siklida kechikishlar yoki muddatining uzayishi yuz beradi

Bolalar va o'smirlarda keng tarqalgan ginekologik muammolar tibbiy maslahat talab qiladi Agar siz yoki sizning oilangizda shunday muammolar bo'lsa, ginekologga murojaat qilish tavsiya etiladi Ginekologik muammo haqida yetarli bilimga ega bo'lgan shifokorning yordamiga ega bo'lish juda muhimdir, chunki ular yagona to'g'ridan-to'g'ri tashxis qo'yishi va davolash rejimini belgilashlari mumkin.

Ginekologik infeksiyalarni oldini olish uchun quyidagilarga amal qilish tavsiya etiladi;

1 Gigienaga e'tibor berish:

- Qo'llar va jinsiy o'rganlarni yaxshi gigienada saqlash Regulyar ravishda qo'l sterilizatsiyasi va jinsiy o'rganlarni tozalashning to'g'ri usullarini o'rganish.

- Jinsiy aloqa va jinsiy o'zaro aloqalarda muhimlik berilganligini tushunib olish

- Jinsiy o'zaro aloqalardan keyin jinsiy organlarni yaxshi tozalash.

2 Immun tizimni kuchaytirish:

- Sog'lom ovqatlanish: ovqatlarni faol moddalar va vitaminlar bilan boyitish, bu immun tizimni kuchaytirishga yordam beradi.

- Yetarli va yaxshi dam olish,to'g'ri dam olish rejalarini yaratish

3 Antibiotiklarni to'g'ri ishlatish: Antibiotiklar infeksiyani oldini olish va uning tarqalishini to'xtatishda muhim rol o'ynaydi Shifokor tomonidan belgilangan davolash rejimini o'rganish va unga to'liq rioya qilish.

4 Regulyar tibbiy tekshiruvlar: Bu tekshiruvlar orqali shifokor infeksiyalarni to'g'ri vaqtida aniqlab, davolash rejimini belgilab berishi mumkin.

5 Partneringiz bilan murojaat qilish: Agar ginekologik infeksiyalar aniqlansa, partneringizga yordam berish uchun unga ham tekshiruvlar va davolash rejimini o'rgatish juda muhimdir Infeksiya tarqalishining to'xtatilishi uchun uning davolash rejimini belgilab berish lozim.

6 Davolash jarayonini tugatish: Infeksiya tugaganidan keyin davolash jarayonini to'liq tugatish juda muhimdir Davolash davrini to'liq tugatishdan so'ng, shifokor tavsiya etgan keyingi ko'rsatkichlarga rioya qilish zarur.

Xulosa qilib aytganda, ginekologik infeksiyalarni oldini olish uchun davolash rejimini belgilashning muhim qismi shifokor bilan bog'liqdir Shifokor har bir bemorni xususiy holatini, infeksiya turi va uning intensivligini hisobga oladi va mos davolash rejimini



belgilaydi Shifokor tomonidan berilgan tavsiyalarni to'liq amalga oshirish va davolash davrini tugatish bilan infeksiyalarni oldini olish mumkin.

Qandli diabet kasalligining sabablarini profilaktikasi va kamaytirish yechimlari

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti 3-bosqich

talabasi Nargizaxon Ibrohimova Pahlavonjon qizi

Ilmiy raxbar: Ashurova M.D Ph.D

Qandli diabet- tanada uglevod va suv almashinuvining buzilishi natijasida yuzaga keladigan kasallik Me`da osti bezi funksiyaning buzilishi oqibati hisoblanadi. Meda osti bezi insulin ishlab chiqaradi Insulin qandni qayta ishlashda qatnashadi Bu garmonsiz organism qondagi glukozani miqdorini meyyorda ushlab tura olmaydi va uning miqdori oshib ketadi Natijada organizm ortiqcha glukozani siydik orqali chiqarib yuborishi kuzatiladi Bu holat bilan parallel ravishda suv almashinuvi ham buziladi To'qimalarda suvni ushlab turish xususiyati pasayadi va natijada suv ko'p miqdorda buyraklar orqali chiqib ketadi.

Agar kishi qonida shakar (glyukoza) miqdori me'yordan oshib ketgan bo'lsa, bu kasallik — qandli diabetning birinchi alomati hisoblanadi Inson tanasida insulin ishlab chiqarish uchun me`da osti bezi hujayralari (beta-hujayralar) javobgar Bir vaqting o'zida insulin hujayralarga glyukozani o'zlashtirishga ham yordam beradi Qandli diabetda nima sodir bo'ladi? Tanada insulin kam miqdorda ishlab chiqariladi, qonda glyukoza miqdori yuqori bo'ladi, lekin shunga qaramay hujayralarga glyukoza yetishmasligi boshlanadi

Bu metabolik kasallik irsiy yoki orttirilgan bo'lishi mumkin Insulin yetishmasligida terida yiringli va boshqa teri kasalliklari paydo bo'lishi, tishlar, buyrak, asab tizimi shikastlanishi, ateroskleroz, stenokardiya, gipertoniya rivojlanishi, ko'rishning buzilishi kabi ikkilamchi patologiyalar kuzatiladi.

Tahlillar natijasida, diabetni patogenetik asoslari kasallik turiga bog'liq bo'ladi Bir-biridan tubdan farq qiluvchi uning ikki turi farqlanadi Zamonaviy endokrinologiya kasallikning tasniflanishini shartli deb atasa ham, kasallikning har bir turida davolash strategiyasini belgilash muhim ahamiyatga ega Bu ularning har birida alohida-alohida to'xtalishni talab qiladi Umuman, qandli diabet, aslida metabolik kasalliklar turiga kiradi Bu vaqtda faqat uglevod almashinuvi buziladi Bu ko'rsatkich giperglikemiya deyiladi Muammoning eng muhim asosi to'qima bilan insulin o'zaro ta'sirlashuvi buzilishi hisoblanadi Glyukoza tana hayot jarayonlarini davom ettirish uchun asosiy energiya substrati sifatida kerak To'qimalarga glyukozaning o'tmasligi, glyukozaning glikogen sifatida jigarda depo bo'lib to'planmasligi uning qondagi miqdorini oshishiga sabab bo'ladi Ana shu o'zgarishlar qandli diabet nomini oladi Shuni bilish kerakki, har qanday giperglikemiya haqiqiy diabet emas, faqat insulin ta'sirida kechadigan o'zgarishlar diabet deyiladi Kasallik rivojlanishiga quyidagi omillar ta'sir o'tkazadi:

Feoxromositoma — buyrak usti bezi o'simtasi, natijada insulinga aks ta'sir etuvchi gormonlar ko'p ishlab chiqariladi;

Buyrak usti bezlari giperfaolli (giperkortitsizm); Gipertireoz; Jigar sirrozi; Uglevodlarga sezuvchanlik buzilishi; Vaqtincha giperglikemiya — qonda glyukoza miqdorining vaqtinchalik oshishi.

Bunday holatlarda ikkilamchi qandli diabet yuzaga keladi va asosiy omil bartaraf etilganda diabet ham o'z-o'zidan yo'qoladi, lekin bu omillarning uzoq vaqt davomida ta'sir etishi birlamchi diabetga olib kelishi mumkin.



Kasallikni turlash muhim hisoblanadi, chunki bu kasallikning turlari boshlang'ich davrda bir-biridan tubdan farq qiladi va davolash ham shunga qarab belgilanadi. Kasallik qancha uzoq davom etaversa, uni davolash usullari bir-birga o'xshab ketaveradi.

1-TIP DIABET

Shuningdek insulinga bog'liq diabet deyiladi Ko'pincha yoshlar, 40 yoshgacha bo'lgan, ozg'in odamlar aziyat chekadi Kasallik og'ir kechadi, davolash uchun insulin beriladi. **Sababi:** organizm me'da osti bezi hujayralarini yo'q qiluvchi antitana ishlab chiqaradi.

Diabetni 1-turidan butunlay davolanib bo'lmaydi, lekin ba'zi hollarda bez faoliyatini me'yorda ushlab turib, parhezga amal qilinsa, kasallik bemorni ortiqcha bezovta qilmaydi. Doimiy ravishda sun'iy insulin qabul qilish talab etiladi. Insulin oshqozon-ichak traktida parchalanib ketishi bois, u faqat inyeksiya orqali ovqatlanish vaqtida kiritiladi. Qat'iy parhezga amal qilib, ovqat ratsionidan yengil hazm bo'luvchi uglevodlarni (shakar, shirinliklar, mevali sharbatlar) butunlay chiqarib tashlash ko'rsatiladi.

2-TIP DIABET

Bu insulinga bog'liq bo'lmagan diabet deyiladi Ko'pincha yoshi kattalar, to'laroq, 40 yoshdan o'tganlar aziyat chekadi.

Sababi: hujayralarning oziq ko'pligidan insulinga ta'sirchanligining yo'qolishidir. Kasallikni davolashda har doim ham insulin kerak bo'lavermaydi. Faqatgina malakali shifokor davolash tartibini belgilay oladi.

Avvalo bunday bemorlarga parhez buyuriladi. Shifokor tavsiyasiga amal qilish muhim ahamiyatga ega. Tana vaznini me'yorga kelguncha asta-sekin, oyiga 2-3kg tushirib borish tavsiya etiladi. Parhezga amal qilmaganda qonda shakar miqdorini tushiruvchi dorilar, eng og'ir hollarda insulin buyuriladi.

Kasallik rivojlanishining asosiy sabablari quyidagilar:

Irsiyat Albatta, kasallik ta'sir etuvchi omillar bo'lmaganda rivojlanmaydi, lekin moyillik yuqori bo'ladi.

Semizlik Ortiqcha vazn ikkinchi turdagi diabet shakllanishiga olib keladi.

Kasalliklar Insulin ishlab chiqarish uchun javobgar beta hujayralarini shikastlanishiga olib keluvchi kasalliklar Ularga pankreatit, me'da osti bezi saratoni, boshqa endokrin bezlar kasalliklari kiradi.

Virusli infeksiyalar (qizamiq, suvchechak, yuqumli gepatit va boshqa kasalliklar) Ushbu infeksiyalari diabet rivojlanishiga hissa qo'shadi. Ayniqsa, xavf ostida bo'lgan odamlar uchun.

Asabiylashish, stress Stress, asabiylashishdan yiroq bo'lish tavsiya etiladi.

Yosh Yosh ortishi bilan har o'n yilda diabet rivojlanish xavfi ikki baravar ortadi.

Qandli diabet nafaqat mamlakatimiz, balki butun dunyoning muammosi. Har kuni diabetga chalinganlar soni ortib bormoqda.

Agar statistikaga e'tibor qaratsak, dunyo bo'ylab taxminan 371 million kishi ushbu kasallikdan aziyat chekmoqda degan xulosaga kelishimiz mumkin. Va bu, bir soniya, butun sayyora aholisining 7,1 foizini tashkil qiladi.

Ushbu endokrin kasallikning tarqalishining asosiy sababi turmush tarzini tubdan o'zgartirishdir. Olimlarning fikriga ko'ra, agar vaziyat yaxshi tomonga o'zgarmasa, taxminan 2030 yilga kelib bemorlarning soni bir necha baravar ko'payadi.

Qandli diabetga chalinganlar soni eng ko'p bo'lgan davlatlar reytingida quyidagilar mavjud:



Hindiston Taxminan 51 million ish Xitoy - 44 million; Amerika Qo'shma Shtatlari - 27; Rossiya Federatsiyasi - 10; Braziliya - 8; Germaniya - 7,7; Pokiston - 7,3; Yaponiya - 7; Indoneziya - 6,9; Meksika - 6,8.

Kasallikning ta'sirchan foizi AQSHda topilgan Bu mamlakatda, aholining taxminan 21% diabetdan aziyat chekmoqda Ammo bizning mamlakatimizda statistika kamroq - taxminan 6%.

Shunday ekan bugungi kunda aholini qiynab kelayotgan ushbu kasalliknin oldini olish va davolash choralarini yanada takomillashtirish muhim hisoblanadi Bu kabi kasalliklarni ko'pchilik aholi orasida tarqalishiga sabab bo'layotgan omillarga qarshi profilaktik yo'nalishlarni ishlab chiqish bizni asosiy vazifalarimizdan hisoblanadi Shu asnda o'zimizning “DIABETES FOODS” loyihamiz ustida ish olib bormoqdamiz Ushbu loyiha qandli diabet kasalligi bilan og'rigan bemorlarni ovqatlanish qoidalarini to'g'ri tahlil qilish va ular uchun maxsus tizimni yo'lga qo'yishdan iborat

TERI KASALLIKLARINI TARQALISH DARAJASINI DINAMIKADA O'RGANISH

Nasirdinov Omadjon Adxamjon o'g'li To'ychiboyev Sarvarjon Erkin o'g'li
Tibbiy profilaktika fakulteti 3-kurs talabasi Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch
filiali Ilmiy rahbar: Nuraliyev F.N., PhD

Mavzuning dolzarbligi 2018-2020-yillar davomida Respublikamizda aniqlangan teri kasalliklarining katta qismini 15-17 yoshdagi bolalar va keyingi o'rinni esa 14 yoshgach bo'lgan bolalar tashkil qilmoqda Hozigi kunda teri kasalliklari bilan hastalangan bemorlar soni aholi orasida ko'payib bormoqda Bulardan “Teri allergik kasalliklari, psoriaz, vitiligo, alopetsiya (soch to'kilishi), husunbuzar” kasalliklaridir Oxirgi vaqtlarda teri kasalliklari orasida og'ir kechayotgani “Po'rsildoq yara” kasalligi hisoblanadi Teri kasalliklarining kelib chiqishida tashqi va ichki omillarning ahamiyati yuqori hisoblanadi Teri kasalliklari



nafaqat tibbiy muammo, balki ijtimoiy jihatdan xam ahamiyatli, chunki, ushbu kasalliklar bemrlarning to'laqonli ish faoliyatini olib borishda noqulaylik tug'diradi.

Maqsad 2018-2020-yillar davomida O'zbekiston Respublikasida teri kasalliklarini tarqalganligi va holatini dinamikada o'rganish.

Usul va uslublar Sog'liqni saqlash vazirligining 2020-yilgi statistik to'plami.

Natija Biz 2018-2020-yillar mobaynida respublikamiz aholisi o'rtasida aniqlangan teri kasalliklarini o'zar taqqoslash orqali biz teri kasalliklarini yillar kesimida baholadik Baholash natijasiga ko'ra Respublikamizda teri kasalliklari umumiy aholiga (100 ming kishiga) nisbatan 2018- 2019- 2020-yillar oralig'ida 2018-yilda 2794 ta dan 2019-yil 2335 tagacha va 2020-yilga kelib 1780 taga kamaygan , birlamchi teri kasalliklarini aniqlash esa 2018-yil 1928 ta bo'lib 69 %ni tashkil qilsa, bu ko'rsatgich 2019-yil 1839 tani yoki 78.76 % ni va 2020-yilda esa 1285 ta yoki 72,2 % ni tashkil qilmoqda.

Yosh kategoriyalari bo'yicha dinamikani koradigan bo'lsak 14 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida teri kasalliklarining tarqalishi 2018 yil - 3303 tani, 2019 yil - 2636 tani va 2020 yilda esa 2155 tani tashkil qilmoqda va kasallikning tarqalishi 2019 yil - 20,2 % ga 2020 yilda esa - 34,8 % ga kamaymoqda Birlamchi teri kasalliklarini aniqlash esa 2018-yil 73 % ga 2019-yil 77,43 % ga 2020 yilda – 72,85 % ga to'g'ri keladi..

Kasallik dinamikasining asosiy kategoriyasini o'smirlar 15-17 yoshdagilar tashkil qilmoqda 2018-yil kasallar soni 5617 tadan, 2019-yil 4633 taga va 2020-yilda 3523 tagacha kamaygan , kasallikning tarqalishi 2019 yil - 17,52 % ga 2020-yilda esa 37,3 % ga kamaymoqda Birlamchi teri kasalliklarini aniqlash 2018 yil - 67,2 % ni, 2019-yil - 73,26 % ni va 2020 yil - 67,05% ni ko'rsatmoqda.

Katta yoshdagilar orasida esa bu ko'rsatkichlar 2018- yil 2378 tadan 2019-yili 2046 taga 2020-yilda esa 1495 tagacha kamaygan Birlamchi teri kasalliklarini aniqlash esa 2018-yil 66,86 % b'olgan bo'lsa 2019 yil 80,4 % va 2020 yil 72,64 % ni tashkil qilmoqda

Xulosa 2018-2020-yillar davomidagi teri kasalliklari dinamikasini tahlil qilganimizda biz teri kasalliklarining tarqalishini katta qiymatlarda kamayganligini va birlamchi teri kasalliklarini aniqlash qiymatini notekis ko'rinishda o'zgarganini ko'rdik Buning asosiy omillari deb tibbiyot sohasidagi yangi zamonaviy asbob-uskunalar yordamida diagnostik holatni yaxshilanganligini va shular bilan bir qatorda tibbiyot hodimlarining bilim va mahoratlarining ortishi, aholi orasida kasallik belgilari paydo bo'lishi bilan tibbiy ko'rikdan o'tish jarayonlarini olsak bo'ladi.

ANDIJON VILOYATIDA TURLI YOSHDAGI BOLALARDA NEFROTİK SINDROMNI TARQALISHI VA SABABLARI

Nurmatova Oltinoy Alixo'ja qizi

**Pediatrica ixtisosligi bo'yicha magistratura talabasi Ilmiy maslahatchi: t.f.n G'aniyeva
M.Sh.,**

Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning dolzarbligi: Bolalik davridagi nefrotik sindrom (NS) muammosi uning sabablari turli yoshli bolalarda to'liq o'rganib chiqilganligi haqida ma'lumot juda kamligiga bog'liqdir.



Maqsad: nefrotik sindrom tashxisi qo'yilgan turli yosh guruxidagi bolalarda kasallik tarqalishi va kelib chiqish sababini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Biz 2022 yil mobaynida Andijon viloyati bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazining nefrologiya bo'limida nefrotik sindrom tashxisi bilan davolangan 100 ta bemorlarni, ularning kasallik tarixlarini ko'rib chiqdik va yoshi bo'yicha 4 ta ga bo'ldik: birlamchi nefrotik sindrom bilan 74 bola, surunkali glomerulonefritning nefrotik shakli bilan 21 ta bola, tug'ma nefrotik sindrom bilan 4 ta va oilaviy nefrotik sindrom bilan 1 ta bola Ulardan batafsil anamnez yig'ildi, rejaga asosan umumklinik va instrumental tekshiruvlar o'tkazdik.

Natijalar: Andijon viloyatida bolalar ko'p tarmoqli tibbiy markazining nefrologiya bo'limiga davolanish uchun kelgan 100 nafar nefrotik sindromli (NS) bemorlar kasallik tarixlari tahlil qilinib, ularni yoshiga ko'ra 4ta guruxlarga bo'lib chiqdik: I (n=7) - 1-3 yosh; II (n=22) - 4-7 yosh; III- (n=50) - 8-15 yosh; IV (n=15) – 16-18 yosh Shulardan 62 nafari (66%) o'g'il bolalar, 32 nafari (34%) qiz bolalar tashkil qildi NS eng ko'p uchrash holatlari 7-14 yoshga to'g'ri keldi (53,2%) Bu bemorlarning 41tasi (43,6%) birinchi marta murojat qilganlar bo'lib, 16 tasi (17%) kasalligini xech nima bilan bog'lamaydi, 1tasi (1%) gaymorit bilan, 22 tasi (23,4%) O'RI bilan, 2tasi (2,12%) ichak infeksiyasi bilan, 2tasi (2,12%) Covid-19 infeksiyasi bilan bog'laydi Bemorlarning 53tasi (56,4%) qayta murojaat qilganlar bo'lib, ularning 48 nafari (90,5%) O'RI, 1 nafari(1,9%) allergik reaksiya, 4 nafari (7,54%) ichak infeksiyasi tufayli qaytalangani aniqlandi.

Xulosa: Nefrotik sindrom bilan ko'proq 7-14 yoshli bolalar og'rishi va bemorlarning ko'p qismi O'RI bilan bog'liq.

BOLALARDA NEFROTIK SINDROM KECHISHINING YOSHGA XOS XUSUSIYATLARI

Nurmatova Oltinoy Alixoja qizi Sobirov Qobuljon Gofurjon o'g'li
Pediatric mutahassisligi bo'yicha magistratura talabasi Ilmiy maslahatchi: t.f.n
Ganiyeva M.Sh.,
Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning dolzarbligi: Bolalik davridagi nefrotik sindrom (NS) muammosi uning klinik-laborator va morfologik simptomokompleksining rivojlanish xususiyatlari to'liq o'rganib chiqilmagan

Maqsad: Nefrotik sindrom tashxisi qo'yilgan bemorlarda yoshga xos xususiyatlarini o'rganish

Tadqiqot materiallari va usullari: 2022 yil mobaynida Andijon viloyati bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazining nefrologiya bo'limida nefrotik sindrom tashxisi bilan davolangan 100 nafar bemor tahlil qilinib, ularni 4 yosh guruxlariga bo'lib chiqdik I- (n=7) - 1-3 yil; II- (n=22) - 4-7 yosh; III- (n=50) - 8-15 yosh; IV (n=15) – 16-18 yosh Shulardan 62 nafari (66%) o'g'il bolalarda, 32 nafari(34%) qiz bolalarda aniqlandi Bundan tashqari NS eng ko'p holatlari 7-14 yoshga to'g'ri keladi (53,2%) Ularga rejaga asosan umumklinik va instrumental tekshiruvlar o'tkazildi.

Natijalarga ko'ra 4 yoshdan 7 yoshgacha NS li o'tkir glomerulonefritda eng xos belgilardan shishlar bo'lib, ularda yaqqolroq bo'lgan (29 ta bola) Bo'shashish va bosh

og'rig'I kabi ekstrarenal belgilar 8-14 yoshli bolalarda ko'proq kuzatilgan bolib, pubertat davridagi bolalarda yuqori vegetative asab tizimini shakllanishining xususiyatlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin Qorin soxasida og'riqlar va og'irlikka shikoyatlar surunkali glomerulonefritdagi nefrotik shaklida ko'p uchragan Bu belgilar ehtimol ichalar aro soxadagi shish bilan bog'liqdir Oliguriya barcha dagi bolalarda patognomonik belgi sifatida kuzatilgan 4-7 yoshli NS bilan xastalangan bolalarda shuningdek dispeptik shikoyatlar kuzatilgan – ko'ngil aynishi, qayt qilish Taxlil natijalariga ko'ra proteinuriya I gurux bolalarning 6 nafarida (6.38%) II grux bolalarning 18tasida (19.35%) III grux bolalarning 54 tasida (54.45%) IV gurux bolalarning 16 tasida (17.02%) uchragan Proteinuriya darajasi 3 yoshgacha bolalarda yuqori bo'lib, steroidturg'unlik ham ularda ro'proq kuzatilgan/

Xulosa: Nefrotik sindrom bilan hastalangan bolalar orasida 4-7 yoshli bolalarda shihlar yaqqolroq kuzatilgan Bo'shashish va bosh og'rig'I kabi ekstrarenal belgilar 8-14 yoshli bolalarda ko'proq kuzatilgan.

ANDIJON VILOYATIDA TURLI YOSHDAGI BOLALARDA NEFROTİK SINDROMNI TARQALISHI VA SABABLARI

Nurmatova Oltinoy Alixo'ja qizi

Pediatrica ixtisosligi bo'yicha magistratura talabasi Ilmiy maslahatchi: t.f.n

G'aniyeva M.Sh.,

Andijon davlat tibbiyot instituti

Mavzuning dolzarbligi: Bolalik davridagi nefrotik sindrom (NS) muammosi uning sabablari turli yoshli bolalarda to'liq o'rganib chiqilganligi haqida ma'lumot juda kamligiga bog'liqdir.

Maqsad: nefrotik sindrom tashxisi qo'yilgan turli yosh guruxidagi bolalarda kasallik tarqalishi va kelib chiqish sababini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari: Biz 2022 yil mobaynida Andijon viloyati bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazining nefrologiya bo'limida nefrotik sindrom tashxisi bilan davolangan 100 ta bemorlarni, ularning kasallik tarixlarini ko'rib chiqdik va yoshi bo'yicha 4 ta ga bo'ldik: birlamchi nefrotik sindrom bilan 74 bola, surunkali glomerulonefritning nefrotik shakli bilan 21 ta bola, tug'ma nefrotik sindrom bilan 4 ta va oilaviy nefrotik sindrom bilan 1 ta bola Ulardan batafsil anamnez yig'ildi, rejaga asosan umumklinik va instrumental tekshiruvlar o'tkizdik.

Natijalar: Andijon viloyatida bolalar ko'p tarmoqli tibbiy markazining nefrologiya bo'limiga davolanish uchun kelgan 100 nafar nefrotik sindromli (NS) bemorlar kasallik tarixlari tahlil qilinib, ularni yoshiga ko'ra 4ta guruxlarga bo'lib chiqdik: I (n=7) - 1-3 yosh; II (n=22) - 4-7 yosh; III- (n=50) - 8–15 yosh; IV (n=15) – 16–18 yosh Shulardan 62 nafari (66%) o'g'il bolalar, 32 nafari (34%) qiz bolalar tashkil qildi NS eng ko'p uchrash holatlari 7-14 yoshga to'g'ri keldi (53,2%) Bu bemorlarning 41tasi (43,6%) birinchi marta murojat qilganlar bo'lib, 16 tasi (17%) kasalligini xech nima bilan bog'lamaydi, 1tasi (1%) gaymorit bilan, 22 tasi (23,4%) O'RI bilan, 2tasi (2,12%) ichak infeksiyasi bilan, 2tasi (2,12%) Covid-19 infeksiyasi bilan bog'laydi Bemorlarning 53tasi (56,4%) qayta murojaat qilganlar bo'lib, ularning 48 nafari (90,5%) O'RI, 1 nafari(1,9%) allergik reaksiya, 4 nafari (7,54%) ichak infeksiyasi tufayli qaytalangani aniqlandi.

Xulosa: Nefrotik sindrom bilan ko'proq 7-14 yoshli bolalar og'rishi va bemorlarning ko'p qismi O'RI bilan bog'liq.

TISH FLYUOROZINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH

Odiljonova Nigora Ikromovna

**Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti o'qituvchisi Bekmurodova Sitorabonu
Baxodirovna Stomatologiya yo'nalishi 1-kurs talabasi**

Annotatsiya: Endemik flyuoroz (ftor)-bu yuqori floridli mahsulotlarni iste'mol qilishda rivojlanadigan qattiq to'qimalarni rivojlanishining tizimli buzilishi Bu kasallik tashqi muhitdan suv orqali (erigan holda) me'yordan ortiq ftor kirishi oqibatida kelib chiqadi.

Kalit so'zlar: Ftor (F), remineralizatsiya, flyuoroz.

Flyuoroz tarqalishi va tibbiy ijtimoiy ahamiyatiga ko'ra stomatologiyaning muhim muammolaridan biri hisoblanadi Tish flyuorozi deganda shakllanish davrida flor birikmalarini haddan tashqari ko'p iste'mol qilishi natijasida yuzaga keladigon kasallik tushuniladi, Bu emalning buzilishi bilan birga bo'rsimon va pigmentli dog'lar paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi Ichimlik suvi tarkibidagi ftor konsentratsiyasining oshishi bilan nafaqat aholi orasida flyuorozning tarqalishi, balki tishlarning qattiq to'qimalariga zarar yetkazish darajasi ham oshadi Bugungi kunga kelib ma'lumki ftoridlarning ko'payishi shakllanayotgan emalga ta'siri xilma-xildir, birinchi navbatda emalning oqsil matritsasi, oqsil va mineral komponentlar o'rtasidagi bo'g'liqlik buzilishiga yordam beradigan fermentativ jarayonlarning o'zgarishidan iborat Ortiqcha miqdordagi ftorni uzoq muddat iste'mol qilish fosfataza faolligini oshiradi, bu esa emalning mineralizatsiya jarayoniga salbiy ta'sir qiladi.

Remineralizatsiyalovchi terapiya kompleks davolashga kiritiladi yoki mustaqil ravishda olib boriladi Mahalliy remineralizatsiyalovchi terapiyaning turli xil metodlari mavjud Birinchidan – elektroforez, ultrafonoforez apparatlari yordamida tish qattiq to'qimasiga dori preparatlarini kiritish usuli Ikkinchidan – passiv diffuziyaga asoslangan usullar gellar, eritmalarini alohida qo'llash va boshqalar Dunyo bo'yicha ushbu patalogiyaning soni doimiy o'sib bormoqda 1940-yil bilan solishtirganda flyuorozning tarqalishi tahminan 2 barobar oshgan

Avvalo flyuoroz shakllanish davrida tish emalini zararlaydi, Ichimlik suvida ftor konsentratsiyasining yuqori bo'lishi (1,5 mg/l dan ko'p) flyuorozning asosiy etiologik omili hisoblanadi Flyuorozning yengil shakllari avvalo emalning kosmetik nuqsoniga olib keladi Ammo flyuorozning og'ir shakllarining rivojlanishi tishlarning karioz zararlanishi havfini oshiradi va tishning toj qismining yo'qotilishi bilan yakunlanishi mumkin.

Tadqiqot maqsadi: Tish flyuorozini davolash va ikkilamchi profilaktikasini amalga oshirishining mavjud usullar samaradorligini qiyosiy tahlil qilish va yangicha usulini ishlab chiqish Davolash samaradorligini oshirish va optimallashtirish.

Material:

Tadqiqot uchun olingan 12 yoshdan 25 yoshgacha bo'lgan 60 kishining holati Tekshiruvdan o'tgan bemorlar uch ga bo'lingan:



Birinchi tish flyuorozi bilan tug'ilgan 18 kishidan iborat va hozirda ichimlik suvi takibida ftor miqdori ko'p hududda yashaydi Bu bemorlar ichimlik iste'moli va ovqat tayyorlash uchun mazkur suvdan foydalanadi.

Ikkinchi 22 nafar ichimlik suvi tarkibida ftor miqdori ko'p bo'lgan hududda ma'lum muddat yashagan hozirda ichimlik suvidagi ftor miqdori normal yashayotganlar

Uchinchi da 20 nafar flyuoroz bilan kasallanmagan, ichimlik suvi tarkibidagi ftor miqdori normal hududda yashagan kishilar.

Tadqiqot natijalari:

Davolanishidan oldin barcha tekshirilgan bemorlarning 35 nafari (58%) tishlaridagi estetik nuqsondan shikoyat qilishgan Ularning 22 tasi qiz bolalar edi, bu 37% ni tashkil etdi va 18 kishi 30% ni tashkil etdi Flyorozning chiziqli shakli 18 bemorda kuzatilgan (30%),22(37%) da esa dog'simon shakli aniqlangan.

Remeneralizatsiya davolash kursini tugatgandan so'ng, 40 ta bemordan 15 kishi (25%) ni estetikaning nisbatan yaxshilangani butunlay qoniqtirdi Qolgan bemorlardan 7 kishi (11,7%) davolanish natijalaridan judayam mamnun Ikkinchi dagi dog' shaklidagi flyuoroz bilan kasallangan bemorlarning 13,3%i ya'ni 8 bemor estetik nuqsonlar bartaraf etilganidan xursand Qolgan 10 kishi (16,6%) estetik nuqsonlarni ozi xohlagan darajada bartaraf etilmaganidan shikoyat qilishdi va mazkur bemorlarga 2 haftalik tanaffusdan so'ng yana 10 kunlik kurs o'tkazdik.

Xulosa:

1.Barcha larda yashash joyidan qat'iy nazar og'iz bo'shlig'i gigiyenasining qoniqli darajasi kuzatildi KPU indeksi ichimlik suvi tarkibidagi ftor miqdori ko'p hududda yashovchi birinchi dagi bemorlar, ftor miqdori normal hududda yashagan bemorlarga qaraganda 15% past edi.

Tadqiqotlarni o'rganish natijalari remineralizatsiyalovchi “Biorepair” gelidan foydalanish tish qattiq to'qimalarining nokarioz zararlanishlarida (flyuorozning shtrixsimon va dog'simon shakllarda) va kariesning dastlabki bosqichlarida davolash ta'siri bor deb xulosa berishimizga imkon berdi

BOLALARDA BRONXIT KASALLIGINI ANIQLASH VA DAVO CHORALARINI QO'LLASH

Omonov A.M.,

**Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti 2-Pediatriya va Tibbiy biologiya fakulteti,
Pediatriya ishi yo'nalishi. Ilmiy raxbari: Zokirova A.M ToshPTI Fakultet Pediatriya
kafedrasi Toshkent shahri 4-ShBKSh Shayxontohur tumani, Massiv Bog'ko'cha 20**

Dolzarliligi: Bugungi kunda dunyo bo'yicha ko'pchilik bolalar bronxit bilan kasallangani aniqlandi Bu qanday kasallik? Bronxit-bronxlar (asosan shilliq pardasi)ning yallig'lanishi,nafas a'zolarining ko'p uchraydigan kasalliklaridan biri,uning paydo bo'lishiga bir qancha omillar sabab bo'lishi mumkin.Uning rivojlanishi hamda davo choralari bugungi kunda juda ko'p bahs va munozaralarga sabab bo'lmoqda Tadqiqotlarga uyushgan holda yondashib,kasallikka chalingan bolalarni standartlashtirilgan anketalardan foydalangan holda, turli xil zamonaviy uskunalarda tekshiruv olib borish, shuningdek qonning

metabolitik darajalarini aniqlash ishlari va kasallikka davo choralarini qo'llash o'zining dolzarbligi bilan muhim ahamiyat kasb etadi.

Maqsadi: Bolalarda bronxit kasalligini aniqlash va davo choralarini qo'llash.

Materiallari va tekshiruvlar: Adabiyotlar, internet ma'lumotlarini o'rganish va tahlil qilish asosida ish olib borildi. Kuzatuv ostida ToshPTI Fakultet pediatriyasi kafedrasida Bolalar somatik bo'limida bronxit bilan kasallangan bolalar borligi aniqlandi. Ularning otalariidan anamnez uchun quyidagilar so'raldi: kasallik nima sababdan paydo bo'lgani, oila a'zolarida bu kasallikka nisbatan irsiy moyillik bor yoki yo'qligi hamda homiladorlik qanday o'tgani. So'rovlarga nisbatan har bir bolaning holatiga mos ravishda tekshiruvlar olib borildi. Olingan natijalar: Bolalardagi bronxit ko'pincha yuqumli kelib chiqadi. Ko'pgina hollarda kasallik gripp viruslari va boshqa ORVI patogenlari tomonidan qo'zg'atiladi. Ko'pincha bronxlarning viruslar tomonidan keyingi infektsiyasi bakterial infektsiya bilan birga keladi va bu holda kasallik virusli-bakterial yo'lni oladi. Organizm umumiy holatining zaralanish darajasi va xarorat reaksiyasi ko'pincha virus turiga bog'liqdir. RS- va paragripp infeksiyalarda ko'pincha bronxit yaqqol toksikoz belgilar bilan, ammo kam namoyon bo'luvchi kataral belgilar bilan kechadi. Traxeobronxitlarda ko'pincha yo'tal, to'sh ortida bosim his etish yoki og'riq bilan kuzatiladi. Yo'talning davomiyligi xar hil bo'ladi. Kasallikning ikkinchi xaftasida yo'tal yumshaydi, xo'lroq va produktiv bo'ladi, asta – sekin yo'qoladi. Kasallik uch xaftadan ortiq davom etmaydi. Yo'talning va bronxitning alomatlarining uzayishi bundan chuqur tekshuruvlarga va shu xolatni og'irlashtiruvchi faktorlarni topishga yo'naltirilish kerak. Bemorlarda turlicha holatlar kuzatilishi mumkin, ya'ni tez charchash, havo yetishmasligi, kuchli hansirash, qon bosimi pasayishi, yoki ortib ketishi, nafas olishga qiynalish, ko'krak qafasida bezovtalik, ba'zida intoksikatsiya, o'pkada xirillash eshitilishi. Kasallikka chalingan bolalarni davolashda dori-darmonlarni qo'llanildi, simptomlarni pasaytiradigan hamda yo'talni kamaytiradigan preparatlar, shuningdek, ko'proq suyuqliklar ichish tavsiya etildi. Bugungi kunda bronxit kasalligini davolash tadbirlari haqida bemor bolalarning otalariiga ma'lumotlar berildi. Shuningdek bolalarni yuqumli kasallikka chalinganlardan uzoqda tutish, bolaning ovqatlanishiga alohida e'tibor berish, shamollash va tomoq og'riqlarini oldini olish haqida tushuntirish ishlari olib borildi. Klinikadagi 70% bola holati ancha yaxshilangani, 30% bola esa muolajani davom ettirayotgani haqida ma'lumotlar olindi.

Xulosa: Bronxit kasalligiga chalingan bemorlarga o'z vaqtida kerakli davo choralarini qo'llash va to'g'ri parvarish qilish bemorning holatini yaxshilanishiga va tez fursatda sog'ligi tiklanishiga yordam beradi.

IRSIY KASALLIKLAR DIAGNOSTIKASIDA “TANDEM MASS SPEKTROMETRIYA” USULINI QO'LLASH.

Omonov M.O., Bosimov M.Sh.

Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti asab kasalliklari, bolalar asab kasalliklari va tibbiy genetika kafedrasida.

Clinical Biochemist Reviewsda chop etilgan sharhga ko'ra, klinik laboratoriyalarda tandem massa spektrometriya usulini qo'llash irsiy kasalliklarni erta diagnostika qilishda so'nggi 10-12 yil ichida ko'paygan va yuqori samaradorlikga erishgan Mualliflarning

ta'kidlashicha, HPLC-MS/MS tahlilining o'ziga xosligi past molekulyar og'irlikdagi molekulalarni tahlil qilishda immunologik usullar va klassik yuqori samarali suyuqlik xromatografiyasidan (HPLC) sezilarli darajada ustundir va gaz xromatografiyasi-mass-spektrometriyaga (GC-MS) qaraganda ancha yuqori samaradorlikka ega

So'nggi yillarda tahlil vaqtiga va natijada laboratoriya samaradorligini oshirishga katta e'tibor berilmoqda MS/MS uchun qisqa analitik ustunlardan foydalanish tufayli tahlil vaqtini sezilarli darajada qisqartirish mumkin bo'ldi, shu bilan birga tahlilning o'ziga xosligini keskin oshiradi Atmosfera bosimi ionlash usuli (API), tandemli uch kvadrupolli massa spektrometri va ilg'or yuqori samarali suyuqlik xromatografiyasi hamda tegishli namuna tayyorlash usullaridan foydalanish MS/MS ni klinik tadqiqotlar uchun zamonaviy analitik usullarning birinchi qatoriga olib keldi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni skrining qilish: klinik diagnostikada MS/MS ning ommaviy qo'llanilishining birinchi misoli yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ma metabolik xatolarni tekshirish edi Hozirgi kunda rivojlangan mamlakatlarda bu odatiy usul bo'lib, 30 dan ortiq turli xil kasalliklarni, shu jumladan asedemiya, aminoatsidopatiya, yog ' kislotalarining oksidlanish nuqsonlarini qamrab oladi Zudlik bilan choralar ko'rilmasa (masalan, yurak yoki jigarning kattalashishi yoki miyaning shishishi) jiddiy muammolarga olib kelishi mumkin bo'lgan tug'ma nuqsonlar bo'yicha tadqiqotlar alohida e'tiborga loyiqdir Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni skrining qilish uchun MS / MS dan foydalanishning afzalligi bir vaqtning o'zida barcha aminokislotalar va asilkarnitinlarni tez, arzon va yuqori o'ziga xos usul bilan tahlil qilish qobiliyatidir.

Neonatal davrda klinik jihatdan namoyon bo'ladigan irsiy metabolik kasalliklar uchun quyidagilar xarakterlidir: metabolik kasalliklar nisbatan kam uchraydi, ammo shu bilan birga ular neonatal kasallanish va o'lim ko'rsatkichlariga sezilarli hissa qo'shadi. irsiy metabolik kasalliklarni erta tashxislash zarurati laboratoriya diagnostikasining o'ziga xos usullari (mass-spektrometriya, fermentodiagnostika, molekulyar genetik usullar) mavjudligi bilan bog'liq Bolaning normal rivojlanishi uchun erta tashxis qo'yish va o'z vaqtida davolash muxim xisoblanadi; ko'pgina metabolik kasalliklar uchun samarali davolash usullari mavjud, ammo o'z vaqtida davolanmasa, o'limga olib keladigan jiddiy asoratlar kuzatiladi; Diagnostik jihatdan noaniq kasallikka chalingan har qanday yangi tug'ilgan chaqaloqda metabolik nuqson mavjudligini hisobga olish kerak. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda irsiy metabolik kasalliklarni quyidagi metabolik kasalliklarning buzilishi natijasida kelib chiqadigan kasalliklarga bo'lish mumkin: Aminokislotalar almashinuvining buzilishi, organik kislota almashinuvining buzilishi, nafas olish zanjirida piruvat almashinuvi va elektron transportining buzilishi, mitoxondriyal β -yog' kislotalarining oksidlanishining buzilishi, peroksisoma kasalliklar, lizosomal kasalliklar.

Tadqiqot maqsadi: Selektiv skrining jarayonida bolalarda aminokislota va asilkarnitin spektrlarining tandem mass-spektrometriyasi natijalarini tahlil qilish va ushbu usul yordamida kasalliklarni barvaqt aniqlash orqali irsiy kasalliklar diagnostikasida samarali usul ekanligini ko'rsatish.

Tadqiqot material va usullari: 2010 yildan Ozbekistonda chaqaloqlarda uchraydigan irsiy moddalar almashinuvining buzilishiga bog'liq kasalliklari selektiv ravishda qo'llab kelinmoqda 2018-2023 yillar davomida 7470 tachaqaaloqlar va yosh bolalarning qon namunalari tekshirildi Selektiv skrining jarayonida 991 bemor tekshirildi Tadqiqot uchun material tug'ruq komplekslaridan, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning reanimatsiya va

patologiya bo'limlaridan, shuningdek kasalxonalarning bolalar nevrologiyasi bo'limlaridan etkazib beriladigan filtr qog'ozining quruq qon dog'lari usulida tekshirildi.

Aminokislota va asilkarnitin spektrlarini tahlil qilish "PerkinElmer - Water" laboratoriya kompleksida (AQSh) neobasetm non-derivatized MS/MS Kit (Wallac Oy, Finlyandiya) reagentlari to'plamidan foydalangan holda o'tkazildi

Tadqiqot natijalari: Oilaviy tarixga ko'ra, erta yoshda bolaning to'satdan o'limi holatlari, bolaning normal rivojlanish jarayonining buzilishi, tanadan va siydikdan g'ayrioddiy hid kelisi,

davolashga chidamli progressiv nevrologik kasalliklar kuzatilgan bolalar, ko'plab azolarda polisistem ozgarishlar kuzatilganda bo'sh bola sindromi, noma'lum sababli talvasalar kuzatilgan bolalar va qonning biokimyoviy parametrlaridagi o'ziga xos o'zgarishlar aniqlangan 991 bemor bola va 7470 ta yangi tug'ilgan chaqaloqlar tekshirildi. 16 bolada irsiy metabolik kasalliklar aniqlandi: Leysinoz (MSUD) – 1, Propionik atsiduriya (ra) – 1, Gipermetioninemiya-1, Karnitin palmitoil transferaza etishmovchiligi (SRT I-def) – 1, Karnitin tashuvchisi etishmovchiligi (ST-def) – 1, Uzun zanjirli gidroksiatsil-KoA DG (LCHAD) etishmovchiligi-1, metilmalon atsidemiya-2, fenilketonuriya-8.

Xulosa

Shuni ta'kidlash kerakki, hozirgi vaqtda immunologik usullari sezilarli darajada takomillashtirilgan bo'lsa ham, texnik fundamental cheklovlar tufayli, bu usul hech qachon –MS/MS bilan taqqoslanadigan aniqlik va maqsadli moddaning o'ziga xosligiga ega bo'lmaydi, ayniqsa metabolitlar mavjud bo'ladigan kasalliklarda MS/MS dan foydalanish ushbu kamchilikni bartaraf qiladi, metabolitlar mavjudligida yuqori ishonchga ega bo'lgan ko'plab namunalarni yuqori darajada aniq va tezkor tahlil qilishga imkon beradi va bemorlarning plazmasi va qonida joylashgan hamroh va endogen moddalar bilan aralashmaydi. Bir so'z bilan aytganda TMS usuli juda sezgir va o'ziga xosdir va metabolic kasalliklar uchun tasdiqlovchi diagnostika sifatida ishlatilishi mumkin.

TUXUMDON SARATONI BILAN OG'RIGAN AYOLLARDA KIMYOTERAPIYADAN KEYIN RIVOJLANGAN POLINEYROPATIIYADA NATRIY SELENITINING SAMARADORLIGI

**Panjieva N.N, Xaydarov N.K.
Toshkent davlat stomatologiya institute.**

Kimyoterapidan keyin rivojlangan polineyropatiya saraton kasalligini davolashning tashvishli nojo'ya ta'siri bo'lib, ayniqsa tuxumdon saraton bilan kasallangan kimyoterapiya bilan og'rigan bemorlarga ta'sir qiladi Saraton terapiyasidagi yutuqlarga qaramay, polinevopatiya bemorlarning hayot sifatiga va davolanishga rioya qilishga ta'siri tufayli jiddiy muammo bo'lib qolmoqda.

Tadqiqot maqsadi Ushbu tadqiqotning maqsadi tuxumdon saraton bilan og'rigan bemorlarda kimyoterapiya natijasida kelib chiqqan polineyropatiyani davolashda natriy selenitining samaradorligi va asosiy mexanizmlarini o'rganishdir.

Materiallar va usullar Tadqiqot iga paklitaksel va karboplatin bilan kimyoterapiya o'tkazgan tuxumdon saraton bilan og'rigan 80 nafar ayol, polinevopatiya alomatlarini ko'rsatdi Bemorlarga bir oy davomida kuniga 400 mkg dozada natriy selenit, keyin yana 2



oy davomida 200 mkg dozada buyurilgan To'plangan qon namunalari selen miqdori o'lchash natriy selenitni yuborishdan oldin va keyin massa spektrometri yordamida amalga oshirildi.

Natijalar: 400 mkg sutkalik dozada natriy selenitni qabul qilgandan so'ng, qon zardobidagi ushbu mikroelementning konsentratsiyasi ($P < 0,05$) nazorat iga qaraganda sezilarli darajada yuqori edi Qon zardobidagi Se konsentratsiyasi 2 ($P < 0,0000$) va 3 oylik ($P < 0,0000$) da 1 oylik qiymatlarga nisbatan sezilarli darajada oshishi aniqlandi Kimyoterapiya o'tkazadigan polinevopatiyalı bemorlarda 3 oy davomida natriy selenit oq qon hujayralari (WBC) sonining sezilarli darajada oshishiga olib keldi ($P < 0,0001$).

Xulosa: Ushbu klinik tadqiqot tuxumdun saratoni bilan og'rigan bemorlarda kimyoterapiyadan keyin rivojlanadigan polineyropatiyani davolashda parvarishlash terapiyasi sifatida natriy selenit qo'shimchasining potentsial afzalliklarini ko'rsatadi Natriy selenit qo'shilishi neyropatik simptomlarning yaxshilanishi bilan bog'liq edi.

KORONAVIRUS ETIOLOGIYALI INTERSTITSIAL PNEVMONIYA: MUAMMO VA YECHIMLAR

Raximberganov S.R.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Davolash fakulteti 502- “C” talabasi

Tadqiqot maqsadi Hozirgi kunda pnevmoniyaning barcha turlari orasida interstitsial pnevmoniya dolzarb kasalliklardan biri hisoblanadi Ko'pincha shifokorlar uning qayerdan kelib chiqqanligini, uning haqiqiy sabablari nima ekanligini aniqlay olmaydilar. Ammo kasallik agressiv tarzda davom etadi va o'pkaning o'ziga jiddiy zarar yetkazadi Interstitsial pnevmoniya - bu yallig'lanishning o'ziga xos turi bo'lib, unda patologiyaning surunkali holga kelishi ehtimoli juda yuqori bo'lib, kasallik kamdan-kam uchraydigan bo'lsa-da, bu juda xavflidir. Maqsad esa Shuning uchun shifoxonadan tashqari ikki tomonlama interstitsial pnevmoniya patogenezida endogen faktorlar, ASE-retseptorlari, gipoksiyaning rolini o'rganish hamda giperkoagulyatsion sindromning rivojlanish xususiyatlarni tadqiq etish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Shifoxonadan tashqari ikki tomonlama interstitsial pnevmoniya tashxisi bilan Urganch shahar shifoxonasi Terapiya bo'limida davolanayotgan 50 nafar bemor tadqiqotga jalb qilindi Ularda laborator-instrumental tekshiruvlar o'tkazilib, natijalar yosh lari va jins larida tahlil qilindi.

Tadqiqot natijalar: Bemorlarning 50%ida yurak qon-tomir tizimi kasalliklari mavjud bo'lib, AG bilan og'rigan bemorlarda nafas yetishmovchilik, YIK. Zo'r qish stenokardiyasi. FSIII bilan og'rigan bemorlarda ekstrasistoliya asorat sifatida shakllandi Qondagi biokimyoviy tahlil natijalari esa surunkali glomerulonefrit mavjud bemorlarda umumiy oqsil miqdori kamayishini, qandli diabet bilan kasallanganlarda glyukoza miqdori ortishini, surunkali gepatit “C” bilan kasallanganlarda oqsil miqdori kamayishi va ALT, AsT ortishini ko'rsatdi ASE-retseptorlarini rolini o'rganish maqsadida vaksina qabul qiluvchilarda kuzatuv ishlari olib borilib, ASE-2 retseptori topografiyasi bo'yicha organlardagi surunkali kasalliklar remissiya davridan qo'zish davriga o'tdi Kasallik patogenezida gipoksiyaning rolini o'rganish bo'yicha surunkali temir defitsit anemiya fonida kasallik kechishini o'rgandik va qondagi gemoglobin miqdori va o'rtacha tuzalish davri orasida bog'liqlik borligi aniqlandi. Gipoksiyaning kasallik patogenezida tutgan rolini

tahlil qilish bo'yicha 50 nafar bemor kuzatilgan bo'lib, ularning 44%(22nafar)ini erkaklar hamda 56%(28 nafar)ini ayollar tashkil etdi.[4-rasm] Yosh jihatdan esa 30 yoshdan kichiklar 4%(2nafar)ni, 30-50-yosh intervalda 28%(14nafar)ni, 50-70-yosh inetrvalda 48%(24nafar)ni, 70 yosh va undan kattalar esa 20%(10 nafar)ni tashkil etdi Qondagi gemoglobin miqdori bo'yicha esa bemorlar 4ta ga ajratildi: 1)Hb<70g/l-4%(2nafar); 2)70-90g/l intervalda 52%(26 nafar)ni, 90-110g/l intervalda 40%(20 nafar)ni hamda Hb>110g/l-4%(2nafar)ni tashkil etdi.Qon ivish tizimi ko'rsatkichlari esa koagulogrammadagi o'zgarishlar sababli rivojlanishi aniqlandi.

Xulosa Yondosh va fon kasalliklarni bartaraf etish orqali asoratlarni kamaytirish mumkin Ushbu kasallikning surunkali temir defitsit anemiya fonida kechish xususiyatlarini o'rganish orqali kasallik patogenezida gipoksiya holatining roli oydinlashadi.Ushbu kasallikni davolashda va davo samaradorligini oshirishda anemiyani bartaraf etishga qaratilgan chora-tadbirlarni tashkillashtirish orqali o'pka zararlanishini kamaytirish, bemorlarning tuzalish davrini qisqartirish mumkin bo'ladi Koagulogramma o'zgarish ,asosan, protrombin indeksi, fibrinogen hamda qisman faollashgan tromboplastin vaqti hisobiga shakllanadi Bularni bilish orqali giperkoagulyatsion sindromni bartaraf etishda eng maqbul dori vositalarini qo'llash mumkin bo'ladi ASE-2 retseptori topografiyasidan kelib chiqqan holda surunkali kasalliklar va latent davrdagi kasalliklarni bartaraf etish orqali poliorgan yetishmovchilik rivojlanishini kamaytirish mumkin

EXINOKOKKOZ QO'ZG'ATUVCHISI VA UNING RIVOJLANISHI

**Rasulov Sh.M., Toshpo'latov A.Y.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali.**

Exinokokkoz Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti va Xalqaro epizootik byuro qarori bilan birinchi navbatda bartaraf etilishi zarur bo'lgan kasalliklar ro'yxatiga kiritilgan Bugungi kunda dunyoda ekologik va antropogen omillar ta'sirida hayvonlarning asosiy sestodozlaridan biri hisoblangan exinokokkoz kasalligi dunyoning 100 dan ortiq davlatlarida global tarzda tarqalgan bo'lib, epizootologik va epidemiologik ahamiyat kasb etuvchi juda xavfli kasallik hisoblanadi.

Tadqiqot maqsadi: Exinokokkoz qo'zg'atuvchisining rivojlanishi va uning turlarini tahlili.

Tadqiqot materiallari va usullari: Adabiyotlar ma'lumotlari, exinokokkoz kasalligi bilan kasallanib davolangan bemorlarning yuqumli kasallik o'chog'ini epidemiologik tekshirish karta ma'lumotlari olingan Ushbu tadqiqotda epidemiologik va statistik usullaridan foydalanilgan.

Tadqiqot natijalari: Exinokokkoz qo'zg'atuvchisi yassi chuvalchanglar Plathelminthes tipi, tasmasimon chuvalchanglar Cestoda sinfi, tasmasimonlar Cyclophyllidea turkumi, teniidalar Teniidae oilasiga kiruvchi, Echinococcus granulosus turiga mansub Uning lichinkalari odamlar va chorva mollarining yumshoq to'qimalarida, jigar, o'pka va boshqa organlarida parazitlik qiladi

Xalqaro zoologik nomenklaturasining kodeksi va dunyo sog'liqni saqlash bo'limining ekspertlari xulosasiga ko'ra Echinococcus Rudolphi avlodiga 4 tur exinokokklar kiritilgan.

1 *Echinococcus granulosus*, Batsch (1786) – bir kamerali larvalli exinokokk bo‘lib, dunyo miqyosida Antarktida mintaqasidan boshqa hamma joyda uchraydi Oraliq xo‘jayin hisoblangan 60 turdan ko‘proq hayvonlarda parazitlik qiladi Imaginalli davri itlar avlodiga mansub hayvonlarda o‘tadi.

2 *Echinococcus multilocularis*, Leuckart (1863) – ko‘p kamerali alveolyar exinokokk hisoblanadi Asosan shimoliy yarimshar mintaqasida tarqalgan Parazit o‘rmon sikli bo‘yicha rivojlanadi Definitiv xo‘jayin vazifasini suvsarlar, tulkilar, kamdan-kam bo‘rilar va itlar bajaradi Parazit oraliq xo‘jayinlardan kemiruvchilar oilasiga kiruvchi hayvonlarda tarqalgan.

3 *Echinococcus oligartus*, Diesing (1863) – ayrim muhitlarda uchraydi Odamlarning zararlanganligi kuzatilmagan Oraliq xo‘jayinlardan kalamushlarning turli turlarida uchraydi, definitiv xo‘jayinlardan asosan yovvoyi mushuklarda tarqalgan.

4 *Echinococcus vogel*, Rauschet Bernstein (1972) yaqinda aniqlangan bo‘lib, definitiv xo‘jayinlarda yovvoyi va uy itlari hamda oraliq xo‘jayinlardan kemiruvchilar orasida tarqalgan Bu tur bilan odamlar kasallanadi va exinokokk pufakchalari jigarda uchraydi.

Undan tashqari *Echinococcus* avlodida yana 12 tur va 90 ta serotiplari aniqlangan Ular yuqorida nomlari keltirilgan 4 turga o‘xshashligi hisobga olinib mustaqil turga ajratilmagan.

Exinokokkning hayot davri ikkita xo‘jayin almashishi bilan kechadi Exinokokkning jinsiy yetilgan davri definitiv (asosiy) xo‘jayin ichagida parazitlik qiladi, ularga: uy iti, bo‘ri, shoqol, dingo iti, koyot, yovvoyi mushuk va boshqa yirtqich hayvonlar kiradi Exinokokkning lichinkali (sistali) davri oraliq xo‘jayin organizmida rivojlanadi, ular: qo‘y, qora mol, tuya, ot, cho‘chqa, kiyik, maymun shuningdek odam bo‘lishi mumkin.

Exinokokkning jinsiy yetilgan shakli - mayda sestoda (2,7-5,4 mm uzunlikda) bo‘lib, 3-4 a‘zoli, boshi, bo‘yni va skoleksdan iborat.

Skolekslar 36-40 tadan ikki tojli ilmoqlar qatori bilan ta‘minlangan va to‘rtta so‘rg‘ichlarga ega Agar parazitda uchta a‘zo bo‘lsa, 1-a‘zo yetilmagan, ikkinchisi germafrodit, oxirgisi esa 400-800 dona yetilgan tuxumlar bilan to‘lgan bachadondan tashkil topgan bo‘ladi.

Har bir tuxum olti ilmoqli onkosferaga ega Exinokokkning kichik o‘lchamlariga qaramasdan, u itning ichagida juda sekin rivojlanadi va faqat 60-100 kundan keyin invazion tuxumlarni chiqara boshlaydi It ichagida uning hayot davomiyligi 5-6 oy bo‘lib ayrim paytlar bir yilga yetadi Exinokokkning lichinkali bosqichi, suyuqlik bilan to‘ldirilgan pufak bo‘lib, u no‘xat kattaligidan yosh bola boshi kattaligiga yetishi mumkin Pufakning devori tashqi (kutikulyar yoki xitin) qavati va ichki (germintativ) qavatlardan iborat Yetilgan parazitlar skolekslardan birinchi (qiz) avlod pufakchalar, ulardan esa ikkinchi (nevara) avlod pufakchalar hosil bo‘ladi Bularning ichida joylashgan pufak esa ona pufak nomini olgan

Exinokokkning yuqishi exinokokk tuxumlarini yutish natijasida kelib chiqadi Yetilgan tuxumlar bilan to‘la exinokokk a‘zolari itlarning najasi bilan tashqariga chiqadi It defekatsiya qilganidan keyin tuxumlar ayrim a‘zolar - to‘g‘ri ichak ampulasida va perianal burmalarida qolib ketadi va u yerdan butun tana a‘zolariga tarqaladi Itning turli harakatlari natijasida, ishqalanishi, yotishi yoki atrofdagi jismlarga tegib ketishidan tuxumlar tarqala boshlaydi, o‘z yo‘lida jismlarga yopishib qoladi Bundan tashqari a‘zolarida, perianal sohada harakati natijasida kuchli qichishish yuzaga keladi, bunda it har xil buyumlarga ishqalanib orqa sohasini yalaydi Bularning hammasi tuxumlarning tashqi muhitga tarqalishiga yordam



beradi Kasallangan it uzoq vaqt davomida odamlar va boshqa hayvonlar uchun yuqumli hisoblanadi.

Tuproqdagi yoki o'tlardagi najaslarda caqlangan segmentlar 25 sm gacha tarqalib, tuxumni substratda qoldiradi Onkosferali tuxum ekstremal muhit omillarining ta'siriga sezilarli darajada chidamli bo'ladi Exinokokk tuxumlari sharsimon bo'lib, odatda 30-50x22-44 mm kattalikda bo'ladi To'liq shakllangan tuxum vitellin qobig'i, embriofofor, granulyar membrana va tashqi muxitdan ajratib turuvchi membranadan tashkil topgan (onkosfera) kapsulaga ega

Onkosferaning odam organizmiga kirishining asosiy yo'li oshqozon-ichak trakti hisoblanadi Exinokokk onkosferasi hazm qilish traktiga tushgandan keyin o'zining tashqi qavatidan xalos bo'ladi va oshqozon-ichak shilliq qavati orasidan vena yoki limfa tomirlariga o'tadi Ko'pincha yuqori tutqich venasi orqali darvoza venasiga o'tadi va jigarga kelib joylashadi Shu sababli jigar eng ko'p (60% dan 85%gacha) zararlanadi Ularning bir qismi jigar bar'eridan va pastki kovak venadan o'tib o'ng bo'lmacha, o'ng qorincha va kichik qon aylanish doirasi orqali o'pkaga o'tadi, u yerda onkosferalar o'pka kapillyarlarida ushlanib qoladi va rivojlanadi Faqat kam holatlarda har ikki filtrdan (jigar va o'pka) o'tgan parazitlar arterio-venoz anastomozlar orqali yurakning chap qismi va aortadan o'tib katta qon aylanish doirasiga tushadi Ayrim onkosferalar xohlagan organ va to'qimalarda rivojlanib exinokokk pufagiga aylanishi mumkin Ular juda sekin o'sadi, shuning uchun o'lchamiga qarab yoshini aniqlab bo'lmaydi.

Yigirma olti soatdan keyin ularni limfotsitlar siqib chiqarishadi va periferiyasida eozinofillar bo'lgan follikullalar hosil bo'ladi Oltmish soatdan keyin parazit reaktiv yallig'lanish markazida joylashgan kichik protoplazmatik yumaloq jism bo'lib ko'rinadi To'rt sutkadan keyin parazit markazida vakuolizatsiya boshlanadi, bu esa rivojlanayotgan ichki bo'shliqning birlamchi ko'rinishi hisoblanadi Yetti sutkadan keyin parazitda pufak suyuqligi hosil bo'lgan tashqi qavatiga ega bo'ladi Pufakning keyingi o'sishi juda sekin kechadi Bir oydan keyin uning diametri 1 mm, uch oydan keyin 1,5-2 mm, besh oydan keyin esa 5,5 mm bo'ladi

Xulosa: Exinokokkning o'sishi natijasida atrof to'qimalari va organlariga o'sib boruvchi doimiy bosim hisobiga oraliq xo'jayin organizmida funksional va patologoanatomik o'zgarishlar sodir bo'ladi Sekin asta exinokokk suyuqligi perikistoz limfatik oraliq orqali toksialbuminlar diffuziyasi hisobiga intoksikatsiya chaqiradi Ikkilamchi exinokokkoz xo'jayin almashinmasdan yuzaga keladi Qiz pufakchalarining va fermentativ qavat boshqa elementlarining implantatsiyasi birlamchi pufak yorilganda kelib chiqadi

OIV/OITS KASALLIGINING TARQALGANLIGI VA EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Rasulov Sh.M.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali.

Yuqumli kasalliklar orasida OIV-infeksiyasi XX asrning oxiri va XXI asr boshlarida eng ko'p tarqalgan infeksiya bo'lib, dunyoning global muammosiga aylandi OIV-infeksiyasi, dastavval, yer sharining ba'zi mamlakatlarida epidemiya ko'rinishida paydo



bo'lgan bo'lsa, hozirga kelib butun dunyoda pandemiya darajasiga yetdi BMT 2017 yilda dunyoda OIV-infeksiyasi bilan kasallangan shaxslarning sonini 36,9 mln ga yetganini va ularning yarmini ayollar tashkil etayotgani haqida xabar berdi Ushbu manbada har yili 3 mln.dan ortiq shaxslar ushbu infeksiya bilan kasallanayotganligi va OIV-infeksiyasidan vafot etganlarning soni 1,5 mln.ga etgan Bundan tashqari, ushbu hujjatda olimlarning quyidagi fikrini bayon etgan: «kelajakdagi 15 yil davomida OIV-infeksiyasi tarqalishining turg'unlik holatiga erishish imkoni mavjud emas».

O'zbekiston Respublikasi hududida OIV keltirib chiqargan infeksiyasi dastlab 1987 yilda qayd etilgan va 1999 yilgacha faqat aholining «havfli» larida aniqlangan 2000 - 2001 yillardan boshlab, aholining turli qatlamlarida, bu kasallikning yuqtirib olinishi sezilarli darajada kuzatilgan Davlatimizda 2014 yilgacha OIV-infeksiyasi bilan kasallanishlar soni 36108 kishini va OIV-infeksiyasi bilan yashovchilar soni 29833 kishini tashkil etgan 2014 yilga kelib OIV-infeksiyasi bilan kasallanganlar o'rtasida erkaklar 55,4%, ayollar esa 44,6% ni tashkil etgan bo'lib, hanuzgacha yetakchi o'rindagi yuqish yo'l - jinsiy yo'l bo'lib turibdi.

Kasallikni tarqalishini ta'minlovchi omillardan biri in'eksion narkotik moddalar qo'llanilishidir Bu borada O'zbekistonda 9 yil davomida in'eksion giyohvand moddalar qabul qiluvchilar i orasida OIV-infeksiyasini tarqalishi sezilarli (-2,6 marta) darajada kamaygan OIV-infeksiyasi tarqalishining dozorli epidemiologik nazorati va uning epidemiologik jihatdan gepatit S va zahm kabi umumiy yuqish mehanizmiga ega bo'lgan o'xshash patologiyalar tarqalishi bo'yicha natijalari havf tug'diruvchi o'zini tutish dinamikasini tahlil qilish, rasmiy statistika ma'lumotlari va profilaktik chora-tadbirlar monitoringlarini umumlashtirish OIV-infeksiyasi bo'yicha epidemiologik vaziyatni baholash, hamda aholining OIV-infeksiyasiga moyil lari orasida kasallik tarqalishini oldini olish bo'yicha zaruriy yechimlar qabul qilish imkonini beradi.

Respublikada 2016 yilda OIV-infeksiyasi aniqlanganlar o'rtasida erkaklarning ulushi 51,4% (2003 yilda-33,3%), ayollar ulushi esa 48,6% ni (2003 yilda-66,7%) tashkil etgan Ya'ni, OIV yuqqan erkak va ayollar mutanosibligi 2003 yilda 2:1 bo'lgan bo'lsa, 2016 yilga kelib bu ko'rsatkich 1,1:1 ni tashkil etgan Bu raqamlar OIV-infeksiyasining aniqlanishi ayollar orasida o'sganligini yaqqol ko'rsatib turibdi Tahlillar natijasiga ko'ra, 2003 yilda ayollar orasida yuqish yo'li 100% holatlarda parenteral yo'l bo'lgan bo'lsa, oxirgi yillarda 2016 yilga kelib, jinsiy yo'l bilan yuqish hollari 81,8% ni tashkil etgan.

Xulosa qilib, shuni aytish mumkinki, aholining va tibbiyot xodimlarining kasalxona OIV-infeksiyasi bo'yicha bilim darajasini va saviyasini oshirish maqsadida ushbu kasallikni erta aniqlash va kasallikning epidemik tarqalishini oldini olishda muhim ahamiyatga ega, bu esa, o'z navbatida, tibbiyot xodimlarining OIV-infeksiyasiga nisbatan xushyorligini yanada oshirishni taqozo etadi.



**YURAKNING TUZULISHI , FUNKSIYASI VA KASALLIKLARI RAUFOVA
MUNISA PO’LATMALIK QIZI**

**Pediatiriya Fakulteti 1- kurs Ilmiy rahbar Xojimatov Ravshanbek
Andijon Davlat Tibbiyot Insitituti**

Annatotsiya-Mazkur maqola yurak tarkibiy tuzulishini ,funksiyasini va asosiy vazifalarini yoritiladi .shuningdek yurak tizimidadagi kasalliklar bugungi kunda dolzarb muomoga aylanganligi to’g’risida fikrlar keltirilgan

Kalit so’zlar –yurak funksiyasi ,yurak kasalliklari ,klinik xodisa ,yurak nuqsonlari ritmik o’zgarishlar,”yurak qonuni”.

Yurak tanamizningni asosiy organidir Bu qanday holatdaligi qanday ishlashligi va inson salomatligiga bogliq.Yurak funksiyasi esa juda keng mavzu uni inson hech bo’lmaganda yuzaki bilishi kerak .Yurak qon tomir tizimi kasalliklari dunyo boyicha hozirgi kunga qadar nogironlik va o’limning asosiy sababi ekanligicha qolmoqdan Jahonni sog’liqni saqlash holatining 75 % yurak qon tomiri kasallikgi oqibatida kelib chiqadi

Yuragimiz qon aylanish sistemasidagi markaziy azo udoim bir xilda qisqarib turishi natijasida qonning qon tomirlar bo’ylab uzluksiz harakatini ta’minlaydi Yuragimiz 4 kamerali 2 ta bo’lmacha 2 ta qorinchadan iborat .Yurak koks oraligida joylashib ikki yondan o’pka va plevra oldingi tomonda to’sh suyagiga tegib turadi.Yurak ning o’rtacha massasi ayollarda 180-220 erkaklarda 250-300 gr gacha boradi uzunligi 13-15 sm, o’rtacha hisobda bir minutda 70-75 marta uradi

Yurak faoliyati miokardning ritmik qisqarishiga asoslangan Yurakning qisqarishi organism to’qima va a’zolarining kislorod va oziq moddalarga bo’lgan ehtiyojiga mos holda o’zgarib turadi Yurak qiqarishini taminlaydigan impulsar yurakning o’zida hosil bo’lsa ham, uning faoliyatini nerv sistemasi tomonida boshqariladi .Adashgan nervlar yurakning ishini susytirib ,maromini sekinlashtiradi .Simpatik nervlar aksincha ,kuchaytiradi.Yurak muskullari o’zini o’zi boshqarish xususiyatiga ham ega masalan yurakka qon qancha ko’p kelsa u shuncha kop kuch bilan qisqaradi buni qisqarishi esa muskul tolalarining uzunligiga bogliq Muskul tolasi qancha tez cho’zilsa, shuncha tez qisqaradi Bu yurak qonuni deb ataladi .

Yurakning rutmi va o’tkazuvchanligining buzulishi – ushbu atama yurakning elektr impulsining bo’lishining chastotasi muntazamligi va manbalarining o’zgarishi bilan tavsiflangan bir qator shartlarini birlashtiradi ,bu ularning paydo bo’lishi va yoki o’tkazish jarayonining buzulishi oqibatidir JSST eksperti ishchi i ma’lumotlariga ko’ra yurak aritmiyalari oddiy sinus ritmidan har qanday og’ishdir Yurak aritmiyasi keng tarqalgan klini hodisa bo’lib ,yurak patologiyasi deyarli har qanday turi sabab bo’lishi mumkin

Ortirilgan yurak nuqsonlari-mitral yurak nuqsoni ;mitral yetishmovchilik

-aorta yurak kasaligi;aorta stenozi (kattalarda eng ko’p uchraydigon ortirilgan yurak kasalliklari) aorta yetishmovchiligi

Yurak endokardit – bu yurak kasaligi bo’lib uning ichki qoplamasidagi yaliglanish o’zgarishlari bilan ta’sirlanishgan hududda o’simtalar paydo bo’lishi va umumiy infetsiya belgilari bilan qon aylanishining buzuishi kombinatsiyasi bo’lgan juda xarakteri klinik ko’rinishidir



Yurak kasalliklarining yuzaga kelish sabablari har xil Biroq bemorlar o'zlariga odatiy bo'lib qolgan jismoniy harakatlari kamayib qolgani –dam olish chogidagi qisqa muddat ichida ular da hansirash yuzaga kelishiga etibor berish kerak Ko'krak qafasida yonish hissi ko'krak orqasidagi og'riq ,shuningdek og'irlik hissi yurakdagi muomolardan darak berishi mumkin

DORIVOR O'SIMLIKLAR

Raximov Yorqinbek Zafardiyor o'g'li

**Tibbiy profilaktika fakulteti 2-bosqich talabasi TTA Urganch filiali Jamoat
salomatligi va sog'liqni saqlash kafedrasasi assistenti F.I.Ro'zimatov
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali**

Dorivor o'simliklar — odam va hayvonlarni davolash, kasalliklarning oldini olish uchun, shuningdek, oziq-ovqat, atir-upa va kosmetika sanoatida ishlatiladigan o'simliklar-giyohlardir Yer yuzida dorivor o'simliklarning 10—12 ming turi borligi aniqlangan 1000 dan ortiq o'simlik turining kimyoviy, farmakologik xossalari tekshirilgan Hozirgi davrda tibbiyotda qo'llaniladigan dori-darmonlarning qariyb 40—47%i o'simlik xom ashyolaridan olinadi O'zbekiston tabiiy va geografik jihatdan dorivor o'simliklarga boy hudud hisoblanib, respublikada tabiiy holda mavjud 4500 turga yaqin yuksak o'simliklarning 1200 ga yaqini dorivorlik xususiyatiga ega O'zbekiston o'simliklar qoplaminin g shakllanishi va tarqalishida hududning geologik tuzilishi, tarixiy taraqqiyoti, geografik o'rni va hozirgi tabiiy sharoiti asosiy ahamiyat kasb etadi O'simlik turlarining tarqalishida relef, tuproq va iqlim sharoiti muhim omillardan hisoblanadi.

Respublikamizda o'sadigan va zaxirasi aniqlangan dorivor o'simliklar quyidagilar: tog'rayhon(, qizilpoycha, sariq choy(*Origanum tyttanthum*), qizil zirk (*Berberiusvulgaris*), dorivor limono't (*Melissa officinalis*), katta zubtutum (*Plantago*) va boshqalar.

Tog'rayhon (*Origanum tyttanthum*) Bu o'simlik yalpizdoshlar (*Lamiaceae*) oilasiga mansub o'simlik hisoblanadi Tog'rayhon ko'p yillik efirmoyli o'simlik hisoblanadi Tog'rayhon quruq, ochiq o'tloqlarda, quruq o'rmon va o'rmon chetlarida, tepaliklar, qiyaliklar, toshloqlarda va butazorlarda o'sadi U asosan Rossiyaning Yevropa qismida, Kavkaz, Sibirning janubida hamda qisman Qozog'iston va Qirg'izistonning ayrim joylarida uchraydi O'zbekistonda oddiy tog'rayhon o'smaydi Lekin shu o'simlik bilan birga ishlatishga ruxsat etilgan boshqa turi-mayda gulli tog'rayhon O'zbekistonning tog'li hududlarida, tog'larning pastki va o'rta qismidagi mayda toshli qiyalarda o'sadi Uni tog' qora rayhoni, o'rmon yalpizi, sebinak ham deb atashadi Tog'rayhon (*Origanum tyttanthum*) Ko'p yillik,bo'yi 30-60, ba'zan 90 sm ga yetadigan, poyasi siyrak va qisqa tukli yoki tuksiz, barglari 10-15 (40) mm uzunlikdagi tuxumsimon- elipsimon yoki cho'zinchoq, poyasiga qarab xanjarsimon, cho'qisi o'tkir yoki xanjarsimon tikanli, deyarli yalong'och, ko'zga ko'ringan tomirlar bo'ylab tiniq, qizg'ich, aniq ko'rinadigan bezlar bilan qoplangan va chekka bo'ylab kam kiprikli, butun (Flora SSSR 1954-y.20-t 466-469-b) Tarkibida efirmoyi, geranilatsetat, askorbinkislota, timol, karvakral, oshlovchi moddalar, urug'ida 30% gacha moy bor Uning yer ustki qismida 0,56-0,58 %, bargida 0,68-0,72 %, to'pgulida 0,56-0,65% efirmoyi mavjud Undan tibbiyotda siydik haydovchi,uyqusizlikka qarshi,ovqat

hazm qilish organlari faoliyatini yaxshilovchi dori - darmon sifatida foydalaniladi. Tabobatda uning shoxchalari, yaprog'i, urug'i ishlatiladi. Tibbiyotda tog'rayhonning yer ustki qismidan foydalaniladi. O'simlik gullaganda o'rib olinadi va soya yerda quritiladi. Qurigandan so'ng bargi va gullari sidirib olinadi, poyalari esa tashlanadi. Bundan tashqari tog'rayhon ziravor sifatida ovqatga ishlatiladi. Tog'rayhonning bargi, guli, shoxchalari pazandalikda jumladan, bodring, qo'ziqorin, pomidor tuzlab yopishda qo'llaniladi. Quritib maydalangan tog'rayhon o'simligi quruq mevalarga, guruchga, kiyimlarga sepib qo'yilsa, zararkunandalar kelmaydi. Undan turli alkogolsiz ichimliklar, atirsovunlar, tishpastalariga xushbo'y hid taratish maqsadida foydalanish mumkin. Shuningdek u asalshirali hisoblanadi. Xalq tabobatida tog'rayhonning yer ustki qismidan tayyorlangan damlamasi nafas qisishi, o'pka sili va bronxit kasalliklarida yo'talni to'xtatuvchi, balg'am ko'chiruvchi, va terlatuvchi dori sifatida hamda meda-ichak kasalliklarida (ichakning zaiflanishi) ishtaxa ochuvchi va ovqat hazm qilishini yaxshilovchi hamda siydik haydovchi dori sifatida qo'llaniladi. Tog'rayhoni yer ustki qismidan damlama tayyorlash uchun qopqoqli idishga bir stakan qaynab turgan suv quyiladi, ustiga maydalangan yer ustki qismida 15 gr (uch osh qoshiq) solib, 2 soat damlab qo'yiladi. So'ngra dokada suzib kuniga 3-4 marta bir osh qoshiqdan ichiladi. Tog'rayhon yer ustki qismi ko'krak kasalliklarida ishlatiladigan va terlatuvchi yig'ma choylar tarkibida kiradi. Aynan mana shu o'simlikni ko'paytirish va bu o'simlikdan xalq tabobatida to'g'ri foydalanib, turli xil kasalliklarga qarshi dori sifatida foydalanish, farmasevtika sohasida ham keng ko'lamda qo'llanilishini yo'lga qo'yish nur ustiga a'lo nur bo'lar edi.

COVID-19 DAN KEYIN SON SUYAGI BOSHCHASINING ASEPTIK NEKROZI VA UNI DAVOLASH USULLARI

**Raxmatulloyeva Sh.Sh., Aminova M.N.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali.**

Tadqiqot maqsadi: Ushbu ilmiy tadqiqotda COVID-19 bilan kasallanib o'tganlarda rivojlangan aseptik nekrozining morfogenezi va xos patomorfologik o'zgarishlari o'rganish va koronavirus infeksiyasidan so'ng tashxislangan son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozi bo'lgan bemorlarning davolash natijalarini o'rganish.

Tadqiqot material va usullari: Obyekt sifatida bir nechta bemorda jarrohlik amaliyoti o'tkazilib, son suyagi boshchasi aseptik nekroza uchragan sohasi, suyakning tashqi pardasi, va son suyagi proksimal qismi olindi. Son suyagi aseptik nekrozi rivojlanishining dastlabki davrida suyak atrofidagi tashqi parda va yumshoq to'qimalarda qon tomirlarining torayishi va trombozi oqibatida nekrobiotik o'zgarishlar rivojlanganligi aniqlandi. Son suyagi boshchasi va bo'yin qismi suyagi tarkibida dastlab oraliq osteoid modda nekrobiozlanib, destruksiyalangan osteoblast, osteoklast va fibroblastlar joylashgan bo'shliqlar paydo bo'lishi, keyin suyakning qattiq ustunlarida distrofik va destruktiv o'zgarishlar rivojlanishi oqibatida nekrobiotik o'zgarishlar topildi. Aseptik nekrozlanish jarayonining III davri, chin nekroz o'choqlarining paydo bo'lish davrida qattiq suyak ustunlaridan sekvestrlar, oraliq osteoid tuzilmalardan strukturasiz dendrit paydo bo'lishi kuzatildi. Turli manbalarga ko'ra, avaskulyar nekroz COVID-19 og'ir turi bilan kasallangan bemorlarning 5-58% da kuzatiladi. Ko'pgina tadqiqotlardan olingan ma'lumotlarga ko'ra,



SARS-CoV-2 bilan kasallangan bemorlarning 39% da son suyagi boshchasining avaskulyar nekroz atipik pnevmoniyadan keyin bir necha oy ichida rivojlangan Avaskulyar nekroz ko‘pincha mehnatga layoqatli yoshdagi kishilarda (o‘rtacha yosh ko‘rsatkichi 33-45 ni tashkil qildi) rivojlangan Bu esa ma’lum bir sohadagi suyak to‘qimalarining nobud bo‘lishi bilan bog‘liq bo‘lgan og‘ir nogironlikka olib keluvchi kasallik sifatida namoyon bo‘ldi Osteonekroz o‘choqlari son va katta boldir suyaklari do‘mboqchalarida, yelka suyagi boshchasida, oshiq va tovon suyagida, hamda skeletning boshqa sohalarida ham aniqlangan 2021-yil fevral oyidan 2022- yil yanvar oyigacha statsionar davolangan 45 nafar bemor o‘rganildi Barcha bemorlar anamnezidan 2020- yil davomida COVID-19ning o‘rta og‘ir darajasi bilan og‘rib, statsionar davolangan Bemorlarning o‘rtacha yoshi 40,5 bo‘lib, barchasi erkak jinsida Magnit rezonans tomografiya tekshiruvi xulosasi asosida 20 nafar bemorga Ficat va Arlet tasnifi bo‘yicha ikki tomonlama son suyagi boshchasining II bosqichi, 25 nafariga I bosqichi aniqlandi Barcha bemorlar konservativ davo sifatida klinik laborator ko‘rsatmalar asosida xondroprotektor, bisfosfonat, vitamin D, suyak mineralizatsiyasini yaxshilovchi, antiagregant, antikoagulyant, gipolipidemik, vazodilatatsiyalovchi va angioproteksiyalovchi dori vositalarini qabul qilgan O‘tkazilgan davolash tadbirlarining samarasiga baho berish va qiyosiy tahlil o‘tkazish maqsadida barcha bemorlarga davolashdan oldin va keyin og‘riqning vizual analog shkalasi (VASH), hayot sifatiga baho berish JSST so‘rovnomasi, Harris sinamasi o‘tkazildi Magnit rezonans tomografiya (MRT) – kasallik tashxislangan vaqtda, ya’ni davolanishdan oldin va konservativ davolangandan 6 oy o‘tib tekshirildi Ma’lumki, klinik amaliyotda kortikosteroidlarni uzoq muddatli yoki yuqori dozada qo‘llash avaskulyar nekroz (steroidlar sababli kelib chiqadigan nekroz) rivojlanish moyilligini oshiruvchi omil hisoblanadi, shu jumladan son suyagi boshchasi ham Shu bilan birga, ma’lumki, son suyagi boshchasining idiopatik osteonekrozi deb ataladigan kasallik genezida koronavirus infeksiyasining og‘ir shakllarida trombotik asoratlarni patogenezing elementlari bo‘lgan koagulopatiya va qon tomir omillari rol o‘ynaydi

Tadqiqot natijalari: Son suyagi boshchasining avaskulyar nekrozi barcha yosh toifalarida uchradi Kasb va bajarilgan ishlarga qarab, son suyagi boshchasining avaskulyar nekrozi xususiy tadbirkorlarda ko‘proq, boshqa kasblarda kamroq bo‘lgan, bu ijtimoiy omillarning ta’sirini ko‘rsatadi Ko‘pgina bemorlarning tana vazni 70 dan 90 kg gacha bo‘lgan, bu esa son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozining yuqori tana massasi indeksi bilan bevosita aloqasini inkor etadi Son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozi bilan og‘rigan bemorlar ko‘pchiligi anamnezida yondosh kasalliklari mavjud emas Davolash joyiga ko‘ra uy sharoitida davolangan odamlarda son suyagi boshchasining avaskulyar nekrozi tez-tez uchraydi, bu kasallikning yuzaga kelishida noadekvat terapiya ta’sirini ko‘rsatadi Bemorlarda COVID-19 bilan davolash davomiyligi deyarli bir xil edi COVID-19 bilan davolash paytida bemorlarda harorat ko‘p hollarda 37 dan 39 darajagacha bo‘lgan, bu son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozining paydo bo‘lishini tushuntirib berishi mumkin COVID-19 bilan davolash paytida bemorlarda saturatsiya ko‘p hollarda 90-93 gacha kamaydi, bu o‘pka gipoksiyasi bilan son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozining paydo bo‘lishi o‘rtasida bog‘liqlik bo‘lishi mumkinligini ko‘rsatadi Barcha bemorlarda COVID-19 davrida o‘pka shikastlanishi kuzatilgan 80 ta bemorda o‘pkaning shikastlanishi 15% gacha, 395 bemorda - 25% gacha, 600 bemorda - 50% gacha, 97 bemorda o‘pkaning shikastlanishi 50% dan ortiq, 49 ta bemorda o‘pkaning zararlanish aniqlanmagan Anamnezga ko‘ra



COVID-19 bilan davolash paytida bemorlarning aksariyati (775) normal qon bosimiga ega (120/60-90 mm.sim.ust.) bo'lgan COVID-19 davrida bemorlarda deksametazon 10 kundan 40 kungacha ishlatilgan Bemorlarning asosiy qismi deksametazonni 40-80 mg dozada (560 bemor), 88-120 mg dan - 398 bemor, 128-160 mg dan - 190 bemor, 160 mg va undan yuqori dozada - 48 bemor qabul qilgan, 25 bemor esa deksametazonni qabul qilmagan Past molekulyar og'irlikdagi antikoagulyant (Kleksan) bilan davolangan bemorlarda son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozining rivojlanish ehtimoli kamroq kuzatilgan COVID-19 davrida bemorlarda ko'pincha makrolid antibiotiklari (Azitromitsin) ishlatilgan Ko'pgina bemorlarda son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozining klinik belgilari oid dastlabki shikoyatlar COVID-19 bilan og'rganidan keyin 6 oydan 12 oygacha kuzatilgan.

Suyak to'qimasi mineral zichligini yo'qolish darajasi ko'p jihatdan kortikosteroidlarning dozasi va davomiyligiga bog'liq GKSlar boshlang'ich infitsirlanish, keyingi rehabilitatsiya hamda, dastlabki tiklanish davrida yallig'lanishni kamaytirishga qaratilgan terapiyaning asosiy komponenti bo'ldi COVID-19 bilan og'rgan bemorlarda glyukokortikoidlarni qo'llash ehtimoli turli tibbiyot muassasalarida 28% dan 70% gachani tashkil qiladi Glyukokortikoidlarning COVID-19 infeksiyasida keng qo'llanilishi SARS-Co-V epidemiyasi davrida atipik pnevmoniya bilan kasallangan bemorlarda ulardan foydalanish bo'yicha ijobiy tajribaga asoslanadi Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, deksametazonning erta muddatlarda qo'llanilishi o'tkir respirator distress sindromi (O'RDS) bo'lgan bemorlarda mexanik ventilyatsiya davomiyligini va umumiy o'lim ko'rsatkichini kamaytirishi mumkin COVID-19 ni davolashda RECOVERY klinik sinovi natijalariga ko'ra, ushbu preparat COVID-19 og'ir turi bilan og'rgan sun'iy o'pka ventilyatsiyasida bo'lgan yoki kislorod qabul qiluvchi bemorlarda o'lim xavfini 20% ga kamaytiradi Shu bilan birga, kortikosteroidlar suyakka to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita salbiy ta'sir ko'rsatadigan, avaskulyar nekroz rivojlanishiga moyillik qiluvchi omil hisoblanadi Avvalo, ular mezenximal hujayralarning ko'payishiga ta'sir qiladi: preosteoblastlarning shakllanishiga, osteoblastlarga transformatsiyasiga to'sqinlik qiladi Bu esa yetuk osteoblastlar sonini kamaytiradi va metabolizmni mezenxima hujayralaridan adipotsitlar hosil bo'lishiga olib keladi

Xulosa: COVID-19 bilan kasallangan bemorlar dispanser hisobini yuritish, shuningdek, COVID-19 kasalligini davolash protokoliga osteotrop dorilar, D vitamini preparatlari va son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozini oldini olish uchun vitamin kompleksini kiritish kerak Xulosamiz so'ngida, COVID-19 ta'sirida rivojlangan son suyagi boshchasi avaskulyar nekroziga uchragan bemorlarda, kasallik oqibatlarini 6, 9, 12, 18 oy muddatlarda dinamik rentgenografiya, MRT, MCKT va UT-dupleks tekshiruvlari orqali baholash mumkin Shuningdek qonning koagulyatsion tarkibini dinamikada taxlil qilib borish maqsadga muvofiq bo'ladi Kasallikni erta bosqichlarida (I-II bosqich) konservativ davolash orqali mahalliy qon aylanishini yaxshilashga qaratilgan davolash texnologiyalarini yaratish zarur bo'ladi.



**REVMATOID ARTRIT KASALLIGIDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI
OSHIRISH UCHUN INNOVATSION PSAMMOTERAPIYANI QO‘LLASH.**

**TTA Urganch filiali Jamoat salomatligi va Sog‘liqni saqlashni boshqarish kafedrası
assistenti Ro‘zimatov Fazliddin Isomiddin o‘g‘li Komilova Dilrabo Raximboy qizi
davolash fakulteti 4-bosqich talabasi
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali**

Revmatoid artrit (lotincha: arthritis rheumatoidea) - murakkab autoimmun patogenezli to‘qimalarning tizimli yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, noaniq etiologiyali eroziv-destruktiv poliartrit ko‘rinishidagi mayda bo‘g‘imlarning zararlanishi bilan kechadi. Kasallik ko‘pchilik hollarda yuqori nogironlik bilan tavsiflanadi (70%). Davolash asosan og‘riqni yo‘qotish va kasallikning rivojlanishini sekinlashtirish, jarrohlik yo‘li bilan zararni tuzatishga qaratilgan Zamonaviy vositalar yordamida kasallikni erta aniqlash, bo‘g‘imlarga va boshqa to‘qimalarga yetkazilishi mumkin bo‘lgan zararni sezilarli darajada kamaytirishi mumkin. Bunday holatlarda qo‘shimcha fizioterapiya maqsadida innovatsion psammoterapiyani qo‘llash juda qo‘l keladi Psammoterapiya protsedurasi plyajda ham, bino ichida ham amalga oshirilishi mumkin, Bunda oldindan qizdirilgan qum ishlatiladi Bemor issiq qum ustida yotadi, shundan so‘ng uning butun tanasi (boshidan tashqari) 5-6 sm qum qatlami bilan qoplanadi Yurak va qorin sohalari esa nisbatan sayoz 1-2sm qum bilan qoplanadi Jarayon davomida bemorning bosh sohasi soyali joyda bo‘lishi juda muhim, bunda soyabondan foydalanish mumkin Agar bemor o‘zini yomon his qilsa, protsedura darhol to‘xtatilishi kerak, so‘ngra umumiy ahvolni yaxshilashga qaratilgan chora-tadbirlar qilinishi zarur Qum vannalarining yumshoq ta'siri tufayli ular hatto bolalar va qariyalarga, hatto yurak-qon tomir kasalliklari bo‘lgan odamlarga ham buyuriladi Jarayonning umumiy davomiyligi kattalar uchun 30 daqiqagacha, bolalar va qariyalar uchun 15 minut Jarayonni tugatgandan so‘ng, bemor dush olishi kerak (suv harorati 37-36 ° C), va ozgina dam olishi kerak (40-60 daqiqa, quyoshga chiqmasdan) Protseduralar har ikki kunda yoki ikki kun ketma-ket, uchinchi kuni majburiy tanaffus bilan amalga oshirilishi mumkin

Qumning shifobaxsh xususiyatlari. Fizikadan ma'lumki, qum ajoyib issiqlik o‘tkazuvchisi bo‘lib, psammoterapiya usulining asosida aynan shu va uning mexanik xususiyatlari yotadi Teri bilan aloqa qilganda, issiq qum odamni tez va teng ravishda isitadi, bu esa terlashning kuchayishiga va metabolizmning faollashishiga olib keladi Bundan tashqari, qizdirilgan qum teriga mexanik bosim o‘tkazadi, uni va uning ostidagi to‘qimalarni massaj qiladi va odam bo‘shashadi, yoqimli issiqlikni his qiladi Qum tomonidan terning doimiy singishi bemorni haddan tashqari qizib ketishdan himoya qiladi, bu esa protseduraga dosh berishni osonlashtiradi Issiq qum ham qon va limfa aylanishini faollashtiradi, terlashni oshiradi, buyraklar faoliyatini normallashtiradi, og‘riqni kamaytiradi va organizmdagi oksidlanish jarayonlarini kuchaytiradi Psammoterapiyani qo‘llash doirasi juda keng bo‘lib, bu usulning soddaligi va yuqori samaradorligi, shuningdek, foydalanish uchun juda oz miqdordagi kontrendikatsiyalar bilan izohlanadi.

Psammoterapiya muvaffaqiyatli qo‘llaniladi: -Tayanch-harakat tizimi kasalliklari va shikastlanishlari uchun ba'zi nafas olish kasalliklari uchun

Nevralgiya, surunkali nevrit va radikulit uchun
Ayol jinsiy a'zolarining yallig'lanishi uchun



Poliomielit va raxitning oqibatlariga qarshi kurashish
Periferik asab tizimining buzilishlari uchun
Ovqat hazm qilish tizimining surunkali kasalliklari uchun
Ortiqcha vazn bilan kurashish uchun
Bolalarda psammoterapiya eksudativ diatez, allergiya va raxitni davolashda yordam beradi.

Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar:

O'pka tuberkulyozi

Tananing umumiy charchashi yoki kasalliklarning kuchayishi paytida

3 yoshgacha bo'lgan bolalar

Termal protseduralar kontrendikedir bo'lgan barcha holatlarda

Va esda tutish lozimki, o'z-o'zidan davolanish, hatto psammoterapiya kabi nisbatan xavfsiz protsedura bo'lsa ham, dahshatli oqibatlarga olib kelishi mumkin, shuning uchun bemor qum bilan davolanishni boshlashdan oldin, shifokordan tavsiyanoma olishi kerak.

ARUNDO DONAX YER USTKI QISMI ALKALOIDLARI YIG'MASINING SEDATIV TA'SIRINI BAHOLASH

E.M Ruzimov, B.P Berdimurodov

Toshkent Tibbiyot akademiyasi, Farmakologiya kafedrası.

Dolzarlighi-Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining oxirgi yillardagi ma'lumotlariga ko'ra dunyoda har yili 22 milliondan ko'proq insonlar fikrlash, eslash va fikr yuritish kabi kognitiv buzilishlardan aziyat chekib kelmoqda, shu bilan bir qatorda yangi kasallanishlar soni ham yillar kesimida ortib bormoqda, bu ko'rsatkich ayniqsa yoshi ulug' qatlam orasida turg'un o'sib borishi kuzatilyapti, shu bilan birga ishlashga yaroqli aholini ham kognitiv buzilishlar chetlab o'tmayapti Yuqoridagi holatlar o'simlik xom ashyosidan bo'lgan Donsuminni farmakologik tahlil qilishga turtki bo'ladi.

Tadqiqotning maqsadi - Arundo donax yer ustki qismi alkaloidlari yig'masining (keyingi o'rinlarda shartli Donsumin deb yuritiladi) sedativ ta'sirini baholash.

Materiallar va usullar Arundo donax yer ustki qismi alkaloidlari triptafan qatori 4 ta indol alkaloididan iborat: donaksamin, ardin, arundin va asosiy alkaloid donaksin (gramin) taxminan 85% Donaxin 5H2A retseptorlari blokatori hisoblanadi (G Frolidi va boshqa; 2003) Tajribalarda og'irligi 20-23 g bo'lgan ikkala jinsdagi sichqonlardan foydalanildi.

«Ochiq maydon usuli» Ushbu usul yangi birikmalarning anksiolitik va sedativ ta'sirini tahlil qilish uchun eksperimental farmakologiyada keng qo'llaniladi (Bruhwyler va boshq; 1995) Tajribaning baholash mezoni sifatida oq sichqonlarning ochiq maydondagi kesishgan kvadratlarni kesib o'tishlar soni (gorizontal faollik), ochiq maydonda sichqonlarning orqa oyoqlarini bukkan holatda tik turishlar soni (vertikal faollik), tajriba davomida hayvonlarning chiqargan najaslar soni, oldi oyoqlarida yuzini tozalashlar soni va ochiq maydondagi teshiklarni mo'ralashlar soni qayd etib boriladi.

Tajribada oq sichqonlarga Donsumin 1, 5 va 10 mg/kg dozalarda 6 kun davomida surunkali ravishda per os kiritib borildi, oxirgi marta tajribadan 30 daqiqa oldin yuborildi va quyidagi natijalar olindi.



Natijalar Tajriba davomida Donsuminning 1,5 va 10 mg/kg dozalarini qabul qilgan oq sichqonlar, mos ravishda gorizontol, vertikal faolliklar soni, teshiklardan mo‘ralashlar soni nazorat iga nisbatan 1,8; 2,4; 2,0; marta oshganligi qayd etildi, shuningdek najaslar soni nazoratga 1,3-marta qisqarganligi qayd etildi.

Xulosa: Shunday qilib, «ochiq maydon» sinov testida olingan ma’lumotlarga qarab shuni xulosa qilishimiz mumkinki; vertikal, gorizontol faollik va tuynuklardan mo‘ralashlar sonining ortishi va ichak peristaltikasining kamayishi Donsuminning o‘rganilayotgan dozalarda qo‘rquv va hayajon darajasini kamaytirishini, ya’ni sedativ faolligi borligini tasdiqlaydi Ikkinchi tarafdin Donsumin oq sichqonlarda passiv himoya refleksiini pasaytiradi, buning natijasida hayvonlarda qidiruv va harakat faolligi oshadi, ya’ni anksiolitik ta’sir namoyon bo‘ladi.

COVID-19 INFEKTSIYASI BILAN KASALLANGAN HOMILADOR AYOLLARNI PARVARISH QILISH VA DAVOLASHDA BA‘ZI TAVSIYALAR

**Sadikov U.T., Sharipova G.D., Muminova Sh.R.
CAMU tibbiyot universiteti, Farg‘ona.**

Bugungi kunga qadar homiladorlik yoki tug‘ruq davridagi COVID-19 infektsiyasining klinik ko‘rinishlari va perinatal asoratlari haqida cheklangan ma’lumotlar mavjud 2021 yildagi tizimli tadqiqot 10000 homilador ayollar va 128176 homilador emas ayollar orasida COVID-19 infektsiasi ta’sirida birinchi guruxda o‘lim ko‘proq bo‘lgani (11,3% va 6,4% yoki 9,6-13,3 va 4,4-8,5) e’tirof etilgan Ayniqsa o‘pka surunkali kasalliklari, yurak qon-tomir sistemasi hastaliklari, qandli diabet, onkologik patologiyalar, semizlik, surunkali buyrak va jigar kasalliklari bilan bemorlarda COVID-19 infektsiyasining og‘ir kechishi va ushbu gurux ayollari yuqori havf guruxiga kiritilishi ta’kidlangan

Uchinchi trimestrda infektsiya paydo bo‘lganda, amniotik suyuqlik, kindik qoni, vaginal suyuqlik, yangi tug‘ilgan chaqaloqning tomog‘i surtmasi yoki ona sutidan olingan namunalarga asoslanib, infektsiyaning onadan bolaga yuqishi haqida hech qanday daliliy ma’lumotlar yo‘q.

Tadqiqot maqsadi Farg‘ona shahar Markaziy tibbiyot birlashmasi tug‘ruqxonasining statistik ma’lumotlariga ko‘ra 2020-2021 yillar davomida koronavirus bilan kasallangan homiladorlarning monitoring tahlili asosida parvarish va davolashda tavsiyalar ishlab chiqish

Tadqiqot usuli va natijalari: Farg‘ona shahar Markaziy tibbiyot birlashmasi tug‘ruqxonasining statistik ma’lumotlariga ko‘ra 2020- yil davomida koronavirus bilan kasallangan homiladorlarning umumiy soni 717 nafar bo‘lgan Ulardan 715 nafari sog‘aygan, 2 nafari vafot etgan 2021 yilda COVID-19 tasdiqlangan homilador ayollar soni 1813 nafar, sog‘ayganlar soni 1783, davolanishni davom ettirayotganlar 23 nafar, vafot etganlar 7 nafarni tashkil qilgan Xomilador ayollarning parvarishi, diagnostika va davolash algoritmlari 2020 yil 26-martdagi Sog‘liqni saqlash vazirligining JSST bilan hamkorlikda tavsiya etgan COVID-19 bo‘yicha milliy qo‘llanmaga mutanosib tashkillangan Tavsiyalar: Olingan tajribalarga asoslanib, quyidagi tavsiyalarni e’tirof etish mumkin:

1. COVID-19 bilan kasallangan va tuzalib ketayotgan barcha homilador ayollar homiladorlik salbiy oqibatlarining potentsial xavfi bo'yicha maslahat va zarur ma'lumotlar bilan ta'minlanishi kerak;
2. Tug'ish usulini tanlash akusherlik ko'rsatkichlar va ayolning hohishi asosida individuallashtirilishi darkor;
3. Akusherlik, perinatal, neonatal va intensiv terapiya sohalari mutaxassislari bilan multidisiplinar maslahatlar talab qilinadi.

PULMANOLOGI K KASALLIKLARNI ANIQLASHDA DIAGNOSTIK AXAMYAT.

Sakkizboyeva Dilafruz Bahodirjon qizi
FJSTI, Oliy hamshiralik ishi 1823- talabasi

Annotatsiya: Ushbu maqolada pnevmoniya to'g'risida ma'lumotlar, diagnosktika to'g'risida tushunchalar keltirilgan Tashqi muhit ta'siri va organizmning ichki omillari qarish jarayonining tezlashuviga, organizmning erta qarishiga olib keladi, bu jarayon organizmning o'sish va rivojlanishi to'xtaganidan keyin boshlanadi. Umuman olganda, zamonaviy tekshiruvlarning ma'lumotiga asosan pnevmoniya bilan kasallanish ko'pgina omillardan iborat: hayot tarzi, oila ijtimoiy holatidan, mehnat sharoitidan, hayvonlar bilan muloqotdan, sayohat, zararli odatlari ko'pligidan, kasallar bilan muloqotdan, shuningdek xavf omillardan–alkagolizm, chekish, o'pkaning obstruktiv kasalligi, surunkali yurak yetishmovchiligi va jipslashib yashashidan iborat Shuning uchun pnevmoniya davosida fizioterapevtik muolajalarni tavsiya etishda, o'ng o'pka ko'proq zararlanishini e'tiborga olish tavsiya etiladi, drenajli massaj, bemorning to'shakda joylashishi shu asnoda tavsiya etilishi maqsadga muvofiq.

Kalit so'zlar: - Rentgenoskopiya, Rentgenografiya, Fluorografiya, Bronxografiya, Bronkoskopiya, Torakoskopiya, O'pka funktsiyasi testi o'pka ventilyatsiyasi, Laboratoriya usullari (balg'amni tekshirish)

- O'pka kasalliklari juda keng tarqalgan Statistik ma'lumotlarga ko'ra, surunkali kasalliklarning yarmidan ko'pi o'pka va bronxlarda uchraydi Nafas olish tizimining eng keng tarqalgan patologiyalari orasida: zotiljam; o'pka saratoni; KOAH (surunkali obstruktiv o'pka kasalligi), sil kasalligi, astma, bronxit. Ulardan nafaqat chekuvchilar va ekologik jihatdan noqulay hududlar aholisi azoblanadi Hech kim o'pkada yallig'lanish va neoplazmalardan immunitetga ega emas va bu jarayonlar juda xavfli bo'lishi mumkin Shuning uchun shifokorlar profilaktika chorasi sifatida muntazam ravishda o'pka tekshiruvini tavsiya qilinadi O'pka va nafas yo'llarini o'rganish usullari Bugungi kunda o'pkalarni tekshirish va kasalliklar va patologiyalarni aniqlash uchun juda ko'p turli xil usullar qo'llaniladi- Rentgenoskopiya Bu o'pkani tekshirishning eng keng tarqalgan usuli bo'lib, o'pka to'qimalarining tuzilishidagi o'zgarishlarni ko'rish, siqilish o'choqlari yoki ichi bo'sh joylarni topish, plevra bo'shlig'ida suyuqlik yoki havo mavjudligini aniqlash imkonini beradi Rasm rentgen apparati yordamida yaratiladi va ekranda ko'rsatiladi.- Rentgenografiya Ushbu tekshiruv davomida tasvir rentgen apparati yordamida ham yaratiladi, lekin u plyonkaga o'rnatiladi va monitorda ko'rsatilmaydi Radiografiya o'pkaning diagnostikasi uchun juda aniq va informatsion usul bo'lib, o'z vaqtida hatto eng kichik o'zgarishlarni ham ko'rish imkonini beradi.- Fluorografiya U printsiplial jihatdan rentgenografiyaga o'xshaydi,

lekin tasvir kichik formatli plyonkada chop etiladi yoki monitorda ko'rsatiladi Raqamli fluorografiya odamlarga kamroq radiatsiya ta'siriga ega, ammo tasvir sifati o'pka rentgenografiyasiga qaraganda biroz yomonroq.- Bronxografiya Ushbu turdagi rentgenografiya lokal behushlik ostida amalga oshiriladi va bronxlar holatini tashxislash uchun ishlatiladi X-nurlarini o'tkazmaydigan bronxning lumenine kontrast agent AOK qilinadi.- Bronkoscopiya Bu usul traxeya va bronxlarning shilliq qavatini tekshirish uchun ishlatiladi U maxsus qurilma - bronkoskop tomonidan ishlab chiqariladi, unga biopsiya yoki begona jismlarni olib tashlash va poliplarni olib tashlash, miniatyura kamerasi va boshqa asboblarni uchun maxsus forsepslar biriktiriladi Bemorni noqulaylikdan himoya qilish uchun manipulyatsiya lokal behushlik ostida amalga oshiriladi Bronkoskop og'iz orqali traxeyaga kiritiladi.

- Torakoscopiya Maxsus vosita - torakoskop yordamida amalga oshiriladigan plevra bo'shlig'ining endoskopik tekshiruvi Ko'krak qafasidagi kichik ponksiyon orqali umumiy behushlik ostida o'pkaga AOK qilinadi Ko'p jihatdan, harakat tamoyili bronkoscopiya o'xshaydi.O'pka funktsiyasi testi O'pka ventilyatsiyasi Bu usul o'pkaning nafas olish hajmi nima ekanligini aniqlashga va nafas olish etishmovchiligi darajasini aniqlashga imkon beradi Plevral ponksiyon O'pkaning ushbu tekshiruvi paytida plevra bo'shlig'ining tarkibi kichik ponksiyon orqali tahlil qilish uchun olinadi Manipulyatsiya lokal behushlik ostida amalga oshiriladi Plevral ponksiyonning asosiy ko'rsatkichlari plevrit, o'smalar va o'pkada suyuqlik va havoning patologik to'planishi hisoblanadi Laboratoriya usullari (balg'amni tekshirish) Balg'am ikki usulda tekshiriladi: mikroskopik va bakterioskopik Birinchisi, parazitlarni, shilimshiqlarni, bakteriyalarni, turli xil shakllanishlarni aniqlashga va qo'shimcha ravishda sil kasalligini aniqlashga imkon beradi Bakterioskopik usul turli xil o'pka infeksiyalarining qo'zg'atuvchilarini ochib beradi.

Xulosa Har yili dunyoda 17 million odamda pnevmoniya aniqlanadi O'pka kasalliklari sababli o'lim darajasi juda yuqori bo'lib 8-9% ni tashkil etadi.2017 yilda besh yoshgacha bo'lgan 808 694 bola pnevmoniyadan vafot etgan Bu raqamlardan ko'rinib turibdiki pnevmoniya kasalliklarini to'g'ri davolash bilan birgalikda shifokor ko'ruviga vaqtida borish, tibbiy tahlillarni o'tkazish va tog'ri davo choralarini belgilash inson hayotini saqlab qolish uchun birinchi yordam bo'ladi.

MAXSUS TIBBIY TALABALARIGA JISMONIY TARBIYA DARSLARIDA ASOSIY YONDASHILISH

Saparova A Abduraxmanov K.X
Guliston davlat universiteti, Tibbiyot fakulteti.

Annotatsiya: maqolada sog'lomlashtiruvchi jismoniy madaniyatning asosiy tushunchalari va maxsus tibbiy talabalar bilan o'quv mashg'ulotlarini o'tkazish metodologiyasi muhokama qilinadi.

Kalit so'zlar: jismoniy madaniyat, maxsus tibbiy , nafas olish mashqlari, talabalar,terapevtik jismoniy tarbiya. Jismoniy madaniyatning ijtimoiy hodisa sifatidagi mohiyati va uning barkamol shaxsni shakllantirishdagi eng muhim roli haqidagi ilmiy izlanishlarga ko'ra, birinchi kursda sog'lig'i va jismoniy tayyorgarligi past darajada bo'lgan etarli miqdorda talabalar bor va bu talabalarning 36% dan ortig'i maxsus tibbiy ga tegishli



[2,3] Universitetlarda ta'lim jismoniy tarbiyaning aqliy va jismoniy fazilatlariga, shuningdek, maxsus tibbiy talabalarining sog'lig'iga yuqori talablar qo'yadi. Muvozanatsiz ish - dam olish rejimi va harakatsiz turmush tarzi ularning sog'lig'iga salbiy ta'sir qiladi, shuning uchun universitetda ta'lim jarayonini o'qitish tizimi bilan birlashtirish juda muhimdir. Bu to'g'ri jismoniy ishlash va aqliy faoliyatni saqlashga, salomatlikni saqlashga va yaxshilashga yordam beradi. Maxsus tibbiy talabalari bilan jismoniy tarbiya mashg'ulotlarida sog'lomlashtiruvchi jismoniy mashqlar uch asosiy tamoyilga asoslangan chiniqtiruvchi vositalar, nafas olish mashqlari yordamida qo'llaniladi. Birinchi tamoyil - jismoniy tarbiya vositalaridan foydalanishning sog'lomlashtiruvchi va terapevtik-profilaktika yo'nalishi. Maxsus talabalari uchun bu tamoyil ustunlik qiladi, jismoniy tarbiya vositalarini tanlash unga bo'ysunadi U darslarni tashkil etish va metodologiyasining barcha xususiyatlarini qamrab oladi. Ushbu tamoyilning ahamiyati maxsus lar bilan ishlashda sog'lomlashtirish mashg'ulotlarining eng katta hajmi bilan izohlanadi Maxsus tibbiy lari talabalari uchun jismoniy tarbiyaning ikkinchi tamoyili - patologik jarayon natijasida vujudga keladigan tizimli va funktsional buzilishlarning tabiati va og'irligiga qarab jismoniy tarbiya vositalaridan foydalanishga tabaqalashtirilgan yondashuv. Har qanday jismoniy mashqlar paytida ishlatiladigan yuklamalar yosh, jins va jismoniy tayyorgarlikka qarab farqlanadi. Maxsus larga ega bo'lgan kurslarda, qo'shimcha ravishda, jismoniy faoliyatning miqdoriy va sifat xususiyatlarini va chiniqish ehtimolini belgilovchi omil patologik o'zgarishlarning o'ziga xosligi va zo'ravonligini tavsiflovchi talabalar tanasining turli tizimlarining tarkibiy va funktsional buzilishlarining tabiati hisoblanadi Bu xususiyatlar har bir talabaga jismoniy tarbiyaning aniq vositalari va usullariga bo'lgan ehtiyojlarini belgilaydi. Tanadagi morfofunktsional buzilishlarni hisobga olgan holda talabalarining jismoniy tarbiyasiga tabaqalashtirilgan yondashuv patologik jarayon tomonidan zaiflashgan tana tizimlari uchun boshqa funktsional tizimlarga kompensatsion ortib borayotgan yuklamalar bilan optimal yuklamani ta'minlaydigan maxsus mashqlarni tanlashdan iborat. Ushbu yondashuv tananing turli funktsional tizimlariga tushadigan kuchlanish darajasini maqsadli tartibga solish omiliga aylanishi mumkin. Maxsus talabalarining jismoniy tarbiya jarayonida kuzatilishi kerak bo'lgan uchinchi tamoyil - bu larning kasbiy amaliy yo'nalishi. Turli kasalliklarga chalingan talabalar bilan jismoniy tarbiya mashg'ulotlarini o'tkazishda mutaxassis-o'qituvchi nafaqat kasallikdan keyin tezroq tiklanishni ta'minlashi, balki kelajakda zarur va to'g'ri ishlash qobiliyatini ta'minlash uchun tananing funktsional tizimlarining zahiralarini kengaytirishi kerak.

Xulosa:

1 Maxsus tibbiy talabalari bilan jismoniy tarbiya mashg'ulotlari uchta tamoyilni hisobga olgan holda o'tkazilishi kerak.

2 Maxsus tibbiy talabalari bilan mashg'ulotlarda jismoniy tarbiyaning asosiy vositalari - sog'lomlashtiruvchi vositalardan (nafas olish mashqlari, sog'lom yurish, chiniqtiruvchi elementlar) foydalanish kerak.

3 Maxsus tibbiy talabalari bilan jismoniy tarbiya darslarida tibbiy-pedagogik nazorat o'tkazish (dars oldidan, o'rtada, dars oxirida) kerak.

4 Jismoniy tarbiya jarayonida o'z-o'zini nazorat qilish usullarini o'zlashtirish o'quvchilarning qiziqishi va faolligini oshiradi, darsga ongli munosabatda bo'lishni tarbiyalaydi.



O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA ENTEROBIOZ BILAN KASALLANISHNING EPIDEMIOLOGIK TAHLILI

**Safarov Sherzod Baxtiyorovich, Rasulov Shomurod Maxmudovich
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali.**

Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkilotining (JSST) bergan ma‘lumotlariga ko‘ra xar yili dunyo bo‘yicha vafot etayotgan 50 million insonlardan 16 millionini yuqumli va parazitlar kasalliklar tashkil etmoqda. Bugungi kunda gelmintozlar umumdavlat miqyosidagi ahamiyatga ega bo‘lgan kasalliklar qatoriga kiradi. Odam organizmida parazitlar hayot kechiradigan 270 turdan ortiq gelmintlar qayd qilingan, ayniqsa gelmint-protozoyni infeksiyalarining tarqalishi yuqori Keng tarqalgan va e‘tiborga loyiq bo‘lgan gelmintozlar enterobioz, askaridoz, trematodozlar, trixotsefalez va gimenolepidoz hisoblanadi, jumladan, ularning 89% ni enterobioz va 6,8% ni askaridoz tashkil etadi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (VOZ) hamda internet materiallariga qaralsa, aholining o‘rtacha 3 tadan bittasi gelmintoz kasalligi bilan kasallangan bo‘lar ekan. Eng taraqqiy etgan Yevropa mamlakatlarida aholining 95% i gelmintoz kasalligi bilan kasallangan. Enterobioz kasalligi bilan asosan maktabgacha ta‘lim muassasasi va kichik maktab yoshidagi bolalar eng ko‘p zararlanadi. Tadqiqotning maqsadi: O‘zbekiston Respublikasida enterobioz bilan kasallanganlarning tahlili. Tadqiqot materiali va uslublari O‘zbekiston Respublikasi Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va jamoat salomatligi xizmatining rasmiy hisobotlari va 2015-2019 yillarda aholining enterobioz bilan kasallanish tahlili. Ushbu tadqiqotni amalga oshirishda epidemiologik va statistik tadqiqot uslublariidan foydalanildi. Tadqiqot natijalari Respublikamiz bo‘ylab enterobioz bilan kasallanishning xududlar bo‘yicha tarqalganligining taxlilida shunisi ma‘lum bo‘ldiki, kasallik xududlar bo‘ylab notekis tarqalgan, ayrim xududlarda kasallanish yuqori, ayrim xududlarda juda kam qayd qilingan. Nisbatan ko‘proq kasallanish qayd qilingan viloyatlar qatoriga Farg‘ona viloyati, Namangan viloyati, Surxondaryo viloyati va Toshkent viloyati kirdi. Qolgan viloyatlarda kasallanish bu viloyatlarga qaraganda kamroq uchrashi aniqlandi. Enterobioz bilan eg kam kasallanish qayd qilgan viloyat Xorazm va Buxoro viloyatlari bo‘ldi. Enterobioz bilan kasallanish yillar mobaynida nisbatan ancha kamayib bormoqdaligi kuzatilmoqda. 2015 yilda 100 ming axolidan 731,5 tasida enterobioz bilan kasallangan bo‘lsa 2019-yilga kelib 100 ming axoliga 515,4 tani tashkil qilgan. Kasallanish nisbatan kamaygan bo‘lishiga qaramay xamon o‘z dolzarbligini yo‘qotmagan. Respublikamizda Enterobioz bilan kasallanishni xududlar bo‘yicha taxlil qilganimizdan so‘ng kasallanishning shaxar va qishloqlar bo‘yicha xuduiy tafovutini aniqladi. Respublikamizda tarqalgan enterobiozlarning aksariyati qishloq axolisida aniqlanmoqda, Bundan ko‘rini turibdiki kasallanish xavfi shaxar sharoitiga nisbatan qishloq sharoitida 3 marta yuqoriligini qayd qilishimiz mumkin. Buning asosiy sabablaridan bo‘lib shaxarda qishloqqa nisbatan tozalikka rioya qilish va turli xil gigienik vositalardan foydalanishi kasallanishni nisbatan pastroq bo‘lsada ushlab turmoqda. Enterobioz bilan kasallanishning jins tafovutini taxlil qilganimizda, kasallanishning ayollarga nisbatan erkaklarda oz miqdorda bo‘lsa xam nisbatan ko‘proq tarqalganligi izlanishimiz natijasi xisoblandi. Kasallanganlarning asosiy qismini 14 yoshgacha bo‘lgan bolalar tashkil qilmoqda. Taxlilimizda enterobioz bolalar kasalligi yekanligini yana bir bor ifodasini topmoqda. Buning xam asosiy sababi, tozalikka rioya qilinishi deb xulosa qilishimiz

mumkin. Kasallanishlar 14 yoshgacha bo'lganlar orasida ko'p tarqalgan, 3-5 yoshlilar orasida o'rtacha va 1 yoshgacha bo'lganlar orasida eng kam tarqalgan. Enterobiozga qarshi muvaffaqiyatli profilaktik tadbirlarni amalga oshirishda aholining tibbiy madaniyati va turmush darajasini yanada oshirish katta ahamiyatga ega.

Xulosa Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki enterobioz kasalligi respublikamizning barcha hududlarida va barcha yoshlarda uchramoqda. Shuning uchun enterobiozning zamonaviy epidemiologik xususiyatlarini to'liq o'rganish, ushbu kasallikning profilaktikasi va epidemiologik nazoratini takomillashtirish kerakligini taqozo etadi.

COVID – 19 BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA YUQORI NAFAS YO'LLARIDA UCHROVCHI STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Safarov Sh.B., Toshpo'latov A.Y.

**Mikrobiologiya, jamoat salomatligi, gigiyena va menejment” kafedrasii assistentlari
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali**

COVID – 19 bilan kasallangan bemorlarning yuqori nafas yo'llari yiringli – yallig'lanish kasalliklarini keltirib chiqaruvchi qo'zg'atuvchilarga tavsif berildi COVID – 19 bilan tasdiqlangan holatlar va simptomlarga isitma (42%), yo'tal (20%), tomoq og'rig'i (10%), balg'am ajralishi (14%), charchoq (16%), bosh og'rig'i (10%), oshqozon – ichak bezovtaligi (2%), nafas qisilishi (8%) va mushaklar og'rig'i (16%) kiradi COVID – 19 bilan kasallangan bemorlar organizmiga stafilokokklar teri, havo – tomchi, chang, alimantar yo'llar orqali yuqadi Stafilokokk manbai bakteriya tashib yuruvchi sog'lom kishilar, bemor va kasal hayvonlar hisoblanadi. Bakteriya teri, teri osti yog' qavati, limfa tugunlaridagi (furunkul, karbunkul, limfaadenit, flegmona, piodermiyalar), nafas a'zolaridagi (bronxit, zotiljam, plevrit) yiringli yallig'lanishlarni misol qilib keltirish mumkin. Stafilokokklar quloq, halqum, burun va yondosh bo'shliqlarni (otit, angina, gaymorit, tonsillit, frontit) ham shikastlaydi. Bemor organizmdagi har qanday mahalliy jarayon avj olsa, sepsis yoki septikopiyemiya rivojlanadi.

2021 – yil mart oylarida Respublika maxsus 1 – son Zangiota shifoxonasida davolanayotgan COVID – 19 infeksiyasi aniqlangan 75 nafar bemorlar tanlab olindi va ularning tomoq surtmasi Toshkent shahar Chilonzor tumani SEO va JSB Bakteriologiya laboratoriyasida bakterioskopik va bakteriologik tekshirildi. Toshkent shahar Chilonzor tumani SEO va JSB Bakteriologiya laboratoriyasiga Zangiota maxsus shifoxonasida davolanayotgan COVID – 19 infeksiyasi aniqlangan 75 nafar bemorlar tomoq surtmasi bakteriologik tekshirilganda quyidagi natijalar aniqlandi: 75 nafar bemorlarning 32 nafarida monoinfeksiya 9 nafarida va 43 nafar bemorning 25 nafarida S.aureus bilan birgalikdagi poliinfeksiyalar shaklida kelganligi aniqlandi. Shulardan 75 nafar bemorning 34 nafarida S.aureus (45.3%) aniqlandi. Covid – 19 bemorlari yuqori nafas yo'llarida aniqlangan S.aureuslarni antibiotiklarga sezgirliги 80% dan yuqorisi eng sezgiri hisoblanadi. Bakteriologiya laboratoriyasida disk diffuziya usulida Moksifloksin, Sefazolin, Sefuroksim, Sefoksitin, Sefaperazon, Eritromitsinlar yuqori sezgir ekanligini aniqlandi. Gatifloksatsin, Roksitromitsinlar sezgirliги 75 % ni tashkil qildi. Ampetsillin, Benzilpetsillin, Ofloksatsinlar sezgirliги 55 % ni tashkil qildi. Ushbu ko'rsatkichlar nisbiy hisoblanib, S.aureusning tashqi ta'sirlarga javoban hosil bo'layotgan mutatsiyalari sababli antibiotiklarga nisbatan



rezistentligi borgan sari ortib bormoqda Olingan ma'lumotlarga asosan COVID – 19 bemorlarida antibiotiklarni ko'p va betartib foydalanganligi uchun kasalikning asorati sifatida zamburug'lar bilan zararlanish ko'rsatkichi 51,4% ni tashkil etdi COVID – 19 aniqlangan bemorlarni immun sistemasi susayganligi tufayli bakterial infeksiyalarga beriluvchan bo'lib qoladi, shu sababli S.aureus bilan zararlanish umumiy bemorlarning 45,3% ni tashkil etdi Covid – 19 bemorlari o'rtasida 31 yoshdan 80 yoshlar oralig'idagi bemorlarda yuqori nafas yo'llari infeksiyalari 77,1% uchrashi aniqlandi. Xulosa qilib aytganda, Covid – 19 bemorlari oraganizmi S.aureus bakteriyasi bilan zararlanishi bemorlarning immun tizimiga katta zarar yetkazib, ko'plab asoratlarga sabab bo'lmoqda O'z navbatida bu asoratlarda bemorlarning kasallikdan tuzalishlari uchun davolovchi shifokorlar zimmasiga mas'uliyatli vazifa yuklaydi Bu jarayonda aholi orasida ham antibiotiklardan o'zboshimchalik bilan foydalanmaslik, bakterial infeksiyaga gumon qilinganda albatta antibiotiklarga nisbatan sezuvchanlikni aniqlash hamda natija asosida shifokor nazorati ostida antibiotiklarni qabul qilish bo'yicha sanitariya – oqartiruv ishlarini o'tkazish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

DAVOLASH-PROFILAKTIKA MUASSASALARI VA DORIXONALAR O'RTASIDA ALOQADORLIKNING BUGUNGI KUNDAGI HOLATI

**Sobirjonova U M1 , Yunusova N.B2., Orifjanova M.SH3.,
Andijon davlat tibbiyot instituti 1Farmasevtika fakultetining III-bosqich gurux
talabasi, 2Magisturatura, Sogliqni Saqlashni boshqarish va jamoat salomatligi II-
bosqich talabasi , 3Davolash Fakulteti I-bosqich talabasi, O'zbekiston.Ilmiiy rahbar –
t.f.n., dosent v.b Madaxanov A.S.**

Tadqiqotning maqsadi Davolash-profilaktika muassasalari va dorixonalar o'rtasidagi aloqadorlikni takomillashtirishga hizmat qiladigan innovasion tadbirlar majmuasining ilmiy asoslarini yaratish.

Material va uslublar Tadqiqotda, shakllantirilgan tanlov statistik majmua –dorixonaga murojat qilgan 107 nafar turli yosh va ijtimoiy maqomdagi kishilarning fikrlari sosiologik tadqiqotning mahsus savolnomaga binoan javoblar olish usuli bilan o'rganildi Bunda, dorixonaga murojat qilgan har bir shaxs tadqiqotning kuzatuv birligi sifatida qabul qilindi Tadqiqot natijalari tahlilining, hozirgi bosqichida ekstensiv ko'rsatkichlar hisoblandi va ularga asoslangan holda tadqiqotning xulosasi shakllantirildi

Tadqiqotning natijalari Jami dorixonaga murojaat qilganlar yoshlariga qarab quyidagicha taqsimlanishi ma'lum bo'ldi: 7 yoshgacha – 3 (6,5%) ; 8-14 yoshgacha – 6 (5,6%) ; 15-19 yoshgacha – 13 (12,1%) ; 20-29yoshgacha – 18 (16,8 %) ; 30-39 yoshgacha – 25 (23,4 %) ; 40-49 yoshgacha – 20 (18,7 %) ; 50-59 yoshgacha – 11 (10,3 %) ; 60-69 yoshgacha – 6 (5,6 %) ; 70 va undan katta yoshdagilar – 5 (4,6 %)

Respondentlar ijtimoiy maqomiga ko'ra quyidagicha taqsimlandi: fermer – 6 (7,1%) ; ishlaymaydi – 8 (10,9%) ; ishchilar – 11 (9,1%) ; tadbirkor– 12 (15,1%) ; hizmatchi – 15 (8,0%) ; uy bekalari – 25 (11,8%) ; nafaqaxo'rlar – 17 (8,0%) ; maktab va kollej o'quvchilari – 6 (4,9 %) ; talabalar – 4 (2,2%) ; boshqalar – 3(8,0%).

Dorixonaga dori-darmon, bint, paxta, spirt va boshqa tibbiy ashyolarni olish uchun, jami murojat qilganlar murojaat qilish vositasiga qarab quyidagicha taqsimlanishi qayd

etildi - davolovchi shifokor tomonidan oddiy qog'ozga yozilgan tavsiya bilan –61 kishi yoki (57,0 %); - davolovchi tibbiy hamshira tomonidan oddiy qog'ozga yozilgan tavsiya bilan –4 kishi yoki (3,7%); - davolovchi shifokor tomonidan og'zaki aytilgan tavsiyalar bilan – 2 kishi yoki (1,9%); davolovchi tibbiy hamshira tomonidan og'zaki aytilgan tavsiyalar bilan –1 kishi yoki (0,9%); tez yordam shifokorining tavsiyasi bilan – 0 kishi yoki (0,0 %);

tez yordam hamshirasining tavsiyasi bilan – 0 kishi yoki (0,0 %); qo'shnicining tavsiyasi bilan –4 kishi yoki (3,7 %) ; hamkasbimiz tavsiyasi bilan – 7 kishi yoki (6,5 %); tanishining og'aki va yozma tavsiyasi bilan –5 kishi yoki (4,7%); televiordagi reklamaga qarab, o'zim bilganimcha, murojaat qilayapman –7 kishi yoki (6,5 %); shifokor tomonidan yozilgan mahsus resept bilan – 0 kishi yoki (0,0 %); tibbiy hamshira tomonidan yozilgan mahsus resept bilan –0 kishi yoki (0,0 %); dori sotuvchining tavsiyasi bilan –15 kishi yoki (14,0 %). sanatoriya shifokorining oddiy qog'ozga yozma tavsiyasi bilan – 1 kishi yoki (0,9 %) Dorixonalardan sotib olinayotgan jami dorilar va tibbiy ashyolar –14 kishi yoki (15,0%) hollarda uyda, 55 kishi yoki (51,4%) hollarda poliklinika shifokorlari tavsiyasi bilan, 37 kishi yoki (35,0 %) hollarda kasalxonada va 1 kishi yoki (0,9 %) hollarda sanatoriyada davolanayotgan bemorlar uchun olinayotganligi ma'lum bo'ldi Xulosa Davolash-profilaktika muassasalari shifokorlari tomonidan bemorlarni dori-darmon olish uchun dorixonalarga yuborish, dorixona xodimlari tomonidan esa, bemorlarga dorilarni sotish tartib-qoidalariga rioya qilinmayotganligi qayd etildi

QANDLI DIABYET KASALLIGIDA O'PKANING NAFAS OLIISH ZONASIDAGI HUJAYRALARNING MORFOFUNKSIONAL O'ZGARISHLARI

Sobirova D.R., Usmanov R.D.

**Toshkent tibbiyot akademiyasi, gistologiya va tibbiy biologiya kafedrası Ilmiy
maslahatchi – t.f.d., professor Usmanov R.D.**

Mavzuning dolzarbligi: Qon tomir gomeostazining asosiy regulyatori bo'lgan endoteliy vazodilatatsiya va vazokonstriksiya, silliq mushak hujayralari migratsiyasi va proliferatsiyasini pasaytirish va kuchayishi, fibrinoliz va tromb hosil bo'lishi o'rtasidagi muvozanatni saqlaydi, shuningdek trombotsitlar yopishishi va agregatsiyasini tartibga solishda ishtirok etadi Shu bilan birga, ushbu kasallikda nafas tizimining holati yetararli darajada o'rganilmagan bo'lib, qandli diabetda giperglikemiya asosiy rol ni o'ynaydi, bu esa oshqazon osti bezi B hujayralarining morfofunktsional holatiga salbiy ta'sir qiladi Bugungi kunda diabetni davolashda sezilarli yutuqlarga erishildi, ammo qonda glyukozani miqdorini qat'iy nazorat qilish orqali bemorlarni boshqarish kerakli natijaga erishishga olib kelmaydi Kasallik jarayoninig turli darajada to'qimalarning gipoksiyasini va lipid peroksidatatsiyasi (LPO) reaksiyalanish darajasini pasaytirish orqali qo'shimcha ta'sir o'tkazish zaruriyati mavjud Dunyoda qandli diabet bilan kasallangan xomiladorlik paytida mavjud bo'lgan eksiragenital kasallik (somatik) lardan diabet bilan xastalangan ayollarni jami somatik kasalliklarning 7,4-11,2% ni tashkil etmoqda.

Tadqiqotning maqsadi - Tajribaviy tadqiqotlarda qandli diabet chaqirilgan zotsiz oq kalamushlar nafas olish zonasi devoridagi morfologik o'zgarishlar dinamikasini o'rganishdan iborat.

Tadqiqotning material va usullari Ish eksperimental material ustida olib borildi 150-170 g og'irlikdagi 116 ta oq jinsli erkak kalamushlarda 1 kg tana vazniga 150 va 250 mikron dozada alloksan tetragidratning qorin bo'shlig'iga eritmasini kiritish orqali diabetning eksperimental modeli (QD 2 turi) uchun tayyorlandi Alloksan kunlik ochlikdan keyin qo'llanildi Qon glyukoza darajasi oldindan aniqlandi Qon quyruq venasidan olindi va glyukoza darajasi 30, 60, 90, 120, 160-kunlarda aniqlandi Tajriba uchun sog'lom kalamushlar tanlab olindi.

Alloksan digidrat eritmasi giperglikemiyaning eksperimental modelashtirish uchun ishlatildi Oddiy qonda glyukoza miqdori (3,3-6,6 mmol/l) 24 soatlik ochlikdan so'ng hayvonlarga teri ostiga 0,1 M tsitrat buferida 100 g tana vazniga 20 mg miqdorda alloksan digidrat eritmasi yuborildi Qon glyukozasini quyruq venasidan aniqlash glyukoza oksidaza usuli bilan amalga oshirildi Keyingi tadqiqotlar uchun faqat glyukoza darajasi yuqori (>10 mmol/l) bo'lgan kalamushlardan foydalanildi Gistologik tekshiruv uchun kalamushlar boshini kesish yo'li bilan tajriba davom ettirildi Gistologik tekshirish uchun 10% neytral formalin bilan fiksatsiyalangan material ishlatildi Parafin bloklar standart asosida tayyorlandi Tayyorlangan preparatlar gematoksilin-eozin va Van-Gizon bilan bo'yaldi Tayyorgarlangan preparatlar NLCD-307B mikroskopi (Xitoy) yordamida kameraning fotofiksatsiyasi orqali ko'rildi Morfometriya Digimizer 2007 dasturi yordamida amalga oshirildi; alveolalar kengligi, alveolalar chuqurligi va alveolalar kirishining kengligi o'lchab borildi Tadqiqot natijalarini statistik qayta ishlash Statistica v.10 dasturi yordamida amalga oshirildi Har bir namunaning tavsifiy tahlili o'tkazildi Namunalar orasidagi farqlar Mann-Whitney U-testi yordamida baholandi.

Kalamushlarning o'pka to'qimalarining yarim yupqa bo'laklarini gistologik tekshirishda o'pka tomirlarining qon bilan to'lishi bir xilligi, ularning bo'shlig'ida sezilarli miqdorda eritrotsitlar mavjudligi, o'pka parenximasi holati fiziologik me'yorda ekanligi aniqlandi 6 oylik kalamushlarda interalveolyar to'siq devorlar tarkibida bitta kollagen tolalari mavjud Peribronxial va perivaskulyar bo'shliqlarda oz miqdordagi limfoid to'qimalarning to'planishi mavjud

Natija va muhokamalar Kalamushlarning o'pka to'qimalarining yarim yupqa bo'laklarini gistologik tekshirishda o'pka tomirlarining qon bilan to'lishi bir xilligi, ularning bo'shlig'ida sezilarli miqdorda eritrotsitlar mavjudligi, o'pka parenximasi holati fiziologik me'yorda ekanligi aniqlandi 6 oylik kalamushlarda interalveolyar to'siq devorlar tarkibida bitta kollagen tolalari mavjud Peribronxial va perivaskulyar bo'shliqlarda oz miqdordagi limfoid to'qimalarning to'planishi mavjud Bunday morfologik o'zgaruvchanlik fiziologik holatda o'pkaning normal tuzilishini yoshga bog'liq xususiyatlarini aks ettiradi Ikki oydan olti oygacha bo'lgan kalamushlarda o'pka tuzilmalarining morfometrik ko'rsatkichlari dinamikasi qandli diabet kasalligining kechishiga bog'liq kompensator-moslashuvchan o'zgarishlarining shakllanishini ko'rsatadi Nazorat idagi hayvonlarda uglevod almashinuvining integral ko'rsatkichlari fiziologik ko'rsatkichlar bo'yicha berilgan Eksperimental hayvonlarining o'pkasining yarim yupqa bo'laklarini mikroskopik tekshirish natijalariga ko'ra, diabetning 60-kunida peribronxial sohada yengil gipertrofiyadan tashqari, nazorat i hayvonlaridan sezilarli tarkibiy farqlar aniqlanmadi

Xulosa Eksperimental sharoitdagi hayvonlarning o'pkasida diabetning 90-kunidan boshlab emfizematik jarayonlar bilan birga sodir bo'ldi, bu stromadagi kollagen tolalar sonining ortishi bilan izohlanadi Kalamushlar traxeya va lobar epiteliysida bronxlar bitta

yoki juft holda joylashgan uzun kiprikli hujayralar; 60–kunda kiprikli hujayralarning sirt zichligi yuqoririligi aniqlandi Kalamushlar yirik bronx devorida kiprikli epiteliyning zichligi 14,2% ga va mayda bo‘lakli bronxlarda 17,8% gacha kamaygan 90-kuni sirt maydoni kipriksimon hujayralar bilan qoplangan epiteliy qoplami 21-24%, ga kamaydi

QANDLI DIABET KASALLIGIDA O‘PKA TO‘QIMALARIDA MORFOLOGIK O‘ZGARISHLAR

**Sobirova D.R., Usmonov R.D.
Toshkent tibbiyot akademiyasi.**

Tadqiqot maqsadi: eksperimental tadqiqotlarda qandli diabetda o‘pka tomirlarida gistologik va morfologik o‘zgarishlar dinamikasini va ularning nafas olish tizimining holatiga ta’sirini o‘rganish. Tadqiqot material va usullari: Tadqiqotimiz eksperimental material ustida olib borildi 150-170 g og‘irlikdagi 57 ta oq zotsiz kalamushlarga 1 kg tana vazniga 150 va 250 mikron dozada alloksan tetragidratning qorin bo‘shlig‘iga eritmasini kiritish orqali diabetning eksperimental modeli (QD 2 turi) chaqirildi Alloksan kunlik ochlikdan keyin qo‘llanildi Qon glyukoza darajasi oldindan aniqlandi Qon quyruq venasidan olindi va glyukoza darajasi 60, 90-kunlarda aniqlandi Tajriba uchun sog‘lom kalamushlar tanlab olindi Tajribaviy tadqiqotimizda sifatida gistologik, morfometrik, biokimyoviy, statistik usullardan foydalanildi.

Tadqiqot natijalari Gistologik tekshirish uchun kalamushlarning o‘pka to‘qimalarining yarim yupqa bo‘laklarini gistologik tekshirishda o‘pka tomirlarining qon bilan to‘lishining bir xilligi, ularning bo‘shlig‘ida eritrotsitlarning sezilarli miqdori, o‘pka parenximasi holati fiziologik jihatdan normal ekanligi aniqlandi 6 oylik kalamushlarda interalveolyar septal devorlarda bitta kollagen tolalari mavjud Peribronxial va perivaskulyar bo‘shliqlarda oz miqdorda limfoid to‘qimalarning to‘planishi mavjud Bunday morfologik o‘zgaruvchanlik fiziologik holatda o‘pkaning normal tuzilishining yoshga bog‘liq xususiyatlarini aks ettiradi Ikki oydan olti oygacha bo‘lgan kalamushlarda o‘pka tuzilmalarining morfometrik parametrlarining dinamikasi diabetning kechishi bilan bog‘liq kompensatsion-adaptiv o‘zgarishlarning shakllanishini ko‘rsatadi Nazorat idagi hayvonlarda uglevod almashinuvining integral ko‘rsatkichlari fiziologik ko‘rsatkichlar bo‘yicha beriladi.

Eksperimental hayvonlarining o‘pkasining yupqa bo‘laklarini mikroskopik tekshirish natijalariga ko‘ra, qandli diabetning 60-kunida peribronxial sohada engil gipertrofiyadan tashqari, nazorat idagi hayvonlardan sezilarli strukturaviy farqlar aniqlanmagan Vaskulyarizatsiya bilan perivaskulyar limfa tugunlari ham ko‘rinadi.

Qandli diabetning 60-kunida tajriba idagi kalamushlarda giperglikemiya darajasi $8,1 \pm 0,2$ mmol/l, HbA1C - $7,1 \pm 0,2\%$ ni tashkil etdi, bu kasallikning o‘rtacha og‘irligini ko‘rsatadi Morfometrik tahlilga ko‘ra, kalamushlarda eksperimental diabetning 60-kunida nazorat kalamushlarga nisbatan AKK ko‘rsatkichlari sezilarli darajada oshgani aniqlandi - 17,4% ($P < 0,05$), AK - 0,45% ($P < 0,05$) Sichqonlarda alveolyar chuqurlik indeksi alloksan diabetining 60-kunida buzilmagan hayvonlarga nisbatan 6,3% ga oshdi ($P < 0,05$).

Tajribaning 90-kunida kalamushlarning o‘pkasini gistologik tekshirish shuni ko‘rsatdiki, emfizematoz o‘zgarishlarning kuchayishi fonida nafas aktida ishtirok etmayotgan alveolalar o‘choqlari mavjud bo‘lib, bu alohida o‘choqlarning kuchsiz havo

to'lishidagi morfologik belgisi hisoblanadi Inter-alveolyar devorlar turli qalinlikda bo'lib, bronxlar va bronxiolalar atrofida limfoid to'qimalarning konsentrik to'planishi ko'riladi Eksperimental hayvonlarning qonida glyukoza va HbA1C ning o'rtacha darajasi mos ravishda $8,1 \pm 0,1$ mmol/l va $7,5 \pm 0,1\%$ ni tashkil qildi AK, AKK ko'rsatkichlari mos ravishda 28,0% ($P < 0,05$) va 11,1% ($P < 0,05$) ga ko'paygan bo'lsa, nazorat iga nisbatan GA 3,1% ($P < 0,05$) ga kamaydi.

Tajribaning 90-kunidagi kalamushlarning o'pka to'qimalarining strukturaviy xususiyatlari deyarli diabetning 60-kunidagi hayvonlarnikidan deyarli farq qilmadi, bu morfometrik o'lchovlar ma'lumotlari bilan tasdiqlangan: AK - $81,1 \pm 0,3$ mkm, bu nazorat bilan solishtirganda 17,0% ga ($P < 0,05$) ortiq, AKK 49,2 yo 0,2 mkm ni tashkil etdi, bu nazoratdagilarga qaraganda 27,1% ga ko'p ($P < 0,05$) ACh indikatori 9,3% ga kamaygan ($P < 0,05$) Tajribaning 90-kunida kalamushlar qonidagi glyukozaning miqdori $15,4 \pm 0,1$ mmol/l, HbA1C darajasi $8,1 \pm 0,1\%$ ni tashkil etdi.

Xulosa: qandli diabetda o'pkaning shilliq qavatidagi strukturaviy o'zgarishlarning polimorfizmi qayd etilgan, xususan, keratinlanish darajasi, qalinligi, epiteliya qatlami va yallig'lanish hujayralari infiltratsiyasi mavjudligi aniqlangan.

REVMATOID ARTRIT DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHINI AYRIM JIHATLARINI O'RGANISH

Soliyev M.A., Soliyev A.Q.

**ADTI Oilaviy shifokorlar tayyorlash kafedrası Tadqiqot maqsadi Norin tumani
aholisida revmatoid artrit kasalligi diagnostikasida EULAR/ACR2023 uslubi bilan
baholash.**

Tadqiqot materiali va usullari Namangan viloyati Norin tuman tibbiyot birlashmasi ichki kasalliklar bo'limlarida revmatoid artrit kasalligi tashxisi bilan ohirgi 12 oy davomida davolangan bemorning kasallik tarixlarini retrospektiv o'rganildi O'tkazilgan laborator klinik tekshiruvlar - umumiy qon analizi, qonning biokimyoviy tahlili, revmatoid faktor, C-reaktiv oqsil, ASSP analizlari tahlil qilindi Olingan analiz natijalariga asosan Yevropa va Amerika revmatologlari tomonidan ishlab chiqilgan so'nggi revmatoid artritni tasniflash mezonlari (EULAR/ACR 2023) asosida salbiy prognostik omillarni hisobga olgan holda, bo'g'imlardagi faol yallig'lanish, ECHT va o'tkir fazali oqsillar miqdorining ortishiga qarab bemorlar tasniflandi Yangi mezon bo'yicha tashxis qo'yish uchun bemor kamida 10 balldan 6 ballga ega bo'lishi kerak Revmatoid artritni EULAR/ACR 2023 bo'yicha tasniflash: Klinik belgilar (bo'g'imlarning shishi) 0-5 ball gacha, Immunologik ko'rsatkichlar (RF, ASSP) 0-3 ball gacha, Yallig'lanish ko'rsatkichlari (ECHT, C - reaktiv oqsil) 0-1 ball gacha Sinovitning davomiyligi 0-1 ball gacha baholanadi

Ilmiy tadqiqot natijalari Yuqoridagi tasniflash asosida klinik belgilar (bo'g'imlarning shishi) ga ko'ra o'rganilgan bemorlarning 10 % bo'g'imlar zararlanmaganligi sababli 0 ball 27 % bemor 1-3 ta kichik bo'g'imlar zararlanganligi sababli 2 ball 33 % bemor 4-10 ta kichik bo'g'imlar zararlanganligi sababli 4 ball 30 % bemor 10 tadan oshiq bo'g'im zararlanganligi sababli 5 ball Immunologik ko'rsatkichlar (RF, ASSP) natijasiga ko'ra 10% bemorda aniqlanmagan – 0 ball, 37% bemorlarda zaif ijobiy natija qayd etildi – 2 ball, 53 % bemorlarda keskin ijobiy natija qayd etildi – 3 ball Yallig'lanish ko'rsatkichlari (ECHT, C

– reaktiv oqsil) natijasiga ko'ra 24% bemorlarda normal ko'rsatgich aniqlangan – 0 ball, 76 % bemorlarda ushbu ko'rsatgich ortishi kuzakuzatilgan – 1 ball Sinovitning davomiyligiga ko'ra 38% bemorlarda bo'g'imlardagi og'riq 6 haftadan kam vaqtda davom etgan, qolgan 62 % bemorlarda bo'g'imlardagi og'riq 6 haftadan ko'p vaqt davom etgan O'tkazilgan tadqiqotni EULAR/ACR 2023 bo'yicha tasniflash asosida o'rganilgan bemorlarning umumiy 15 % i 4 ball, 20 % i 5 ball hamda 65 % i 6-10 ball to'pladi.

Xulosa Revmatoid artrit - Dunyoda bu kasallik nafaqat sog'liqni saqlash tizimining, balki jahon hamjamiyatining ijtimoiy-iqtisodiy muammolaridan biriligi qolmoqda O'z vaqtida o'tkazilgan immunologik tekshiruvlar revmatoid artrit rivojlanishini oldini olishda eng muhim omil hisoblanadi Bu esa insonlarni ertaroq davolanishga bog'lash orqali ularning kasallanishini kamaytirishga hamda qo'shma shikastlanishlar xavfini va autoimmun kasalliklarni rivojlanishini kamaytiradi Natijada jamiyatimizda nogironlik xavfi birmuncha kamayadi, sog'lom muhit paydo bo'ladi.

BRONXIAL ASTMA KASALLIGIDA ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI

Sotvoldiyev Muhammaddiyor Qahhorjon o'g'li,

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Pediatriya yo'nalishi 2-bosqich talabasi

Nazarova Yorqinoy Xalpajonovna, Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Tibbiy va biologik kimyo kafedrasi assistenti.

Annotatsiya: Mazkur tezisda bronxial astma kasalligi haqida ma'lumotlar, ya'ni uning rivojlanishi, belgilari, kasallikni tashxislash hamda davolash bo'yicha muhim ma'lumotlar keltirilgan. Kalit so'zlar Bronxial astma, spirometriya, pikfloumetriya, bronxoskopiya, rentgenogramma, astma.

Kirish Bronxial astma - surunkali, yuqumsiz, yallig'lanish tabiatli havo yo'llari kasalligidir Nafas olish organlarida surunkali yallig'lanish jarayonlari ularning giperfaolligiga olib keladi, natijada allergen yoki qo'zg'atuvchi ta'sirga uchraganda bronxial obstruktsiya (qisilish) rivojlanadi, bu havo oqimi tezligini kamaytiradi va bo'g'ilishga olib keladi Bronxial astma xuruji odatda qo'zg'atuvchi ta'siridan keyin rivojlanadi va qisqa o'tkir nafas olish va shovqinli uzaygan nafas chiqarish bilan xarakterlanadi Odatda yopishqoq balg'amli va shovqinli yo'tal alomatlari bilan birga keladi Bronxial astma o'pka va yurakning emfizemasiga, astma holatining paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin

Mavzuning dolzarbligi So'nggi yigirma yil ichida astma bilan kasallanish holatlari ko'paydi va bugungi kunda astma ta'siridan taxminan 300 million kishi aziyat chekadi Bu jins va yoshdan qa'tiy nazar, insonlarda eng keng tarqalgan surunkali kasalliklar sirasidan Bronxial astma bilan kasallanganlar orasida o'lim darajasi juda yuqori So'nggi yigirma yil ichida bolalardagi bronxial astma holatlari ortib borishi bunday holatni nafaqat kasallik, balki ijtimoiy muammo deb qarashga undamoqda.

Asosiy qism Bronxial astmani tashxislash odatda shikoyat va alomatlariga tayangan holda o'pka mutaxassisi (pulmonolog) tomonidan amalga oshiriladi Barcha boshqa tadqiqot usullari kasallikning og'irligi va etiologiyasini aniqlashga qaratilgan.

Spirometriya - bronxial obstruktsiya darajasini baholash, uning o'zgarishi va tiklanishini aniqlash, shuningdek, tashxisni tasdiqlash uchun yordam beradi.



Pikfloumetriya- nafas chiqarishning cho'qqiga chiqqan faolligini o'lchash bemorning umumiy holatnini monitoring qilish va natijalarni solishtirish imkonini beradi Qo'shimcha tashxis usullari allergenlar bilan sinovlar, qonning gaz tarkibini baholash, EKG, bronxoskopiya va rentgenogrammani o'z ichiga oladi

Laboratoriya tahlillari allergik astma tabiatini tasdiqlash uchun, shuningdek, davolash samaradorligini nazorat qilish uchun muhim ahamiyatga ega

Umumiy qon tahlili Eozinofiliya va ECHTning biroz ortishi Umumiy balg'am tahlili Balg'amga mikroskop ostida qaralganda unda ko'p miqdorda eozinofillarni, Sharko-Leyden kristallarini, Kurshman spirallarini aniqlash mumkin Neytral leykotsitlar faol yallig'lanish jarayoni ostida bo'ladi, infektsiya bilan bog'liq bronxial astma bilan og'rigan bemorlarda aniqlash mumkin Qonning biokimyoviy tahlili — tashxislashning asosiy usuli emas, bemor holatini aniqlash uchun qo'shimcha sifatida qo'llaniladi Immunitet holatini o'rganish: Bronxial astmada T-supressorlarning soni va faolligi keskin kamayadi, qonda immunoglobulinlarning soni ortadi Immunoglobulin E miqdorini aniqlash uchun testlardan foydalanish allergologik sinovlari o'tkazish muhim ahamiyatga ega.

Bronxial astmani davolash Bronxial astma surunkali kasallik bo'lgani va xurujlar davriyligidan qat'iy nazar, davolashning asosida allergenlar bilan aloqani cheklash, to'g'ri parhezga rioya qilish kerak Agar allergenni aniqlash imkoni bo'lsa, o'ziga xos giposensibilitiv davolash allergenga organizmning reaksiyasini kamaytirishga yordam beradi Nafas qisilishi xurujlarini bartaraf etish maqsadida aerosol shaklida beta-adrenomimetiklar qo'llaniladi, ular bronxlarni tezda kengaytishiga va balg'am ko'chishiga yordam beradi Bundan tashqari, fenoterol gidrobromidi, salbutamol ortsiprenalin kabilar qo'llaniladi Shuningdek, nafas qisilishi xurujlarini m-xolinolitik idagi preparatlar yaxshi bartaraf etadi Bronxial astma bilan kasallangan bemorlarga ksantin mahsulotlari uzoq vaqt ta'sir ko'rsatadigan, tabletka shaklidagi preparatlar tayinlanadi So'nggi yillarda mastotsitlarning (granulositlarning bir turi) degranulyatsiyasiga to'sqinlik qiladigan dorilar astmani davolashda ijobiy natijalar bermoqda Bular ketotifen, natriy kromoglikat va kaltsiy ionlari antagonistlaridir.

Bronxial astmaning o'gir shakllarini davolashda gormonal terapiya qo'llaniladi, bemorlarning chorak qismi glyukokortikosteroidlarni talab qilishadi Ertalab 15-20mg Prednilozon va oshqozon shilliq qavatini himoya qiluvchi antasidlar qabul qilinadi Kasalxonada gormonal preparatlar inyeksiya shaklida qo'llanilishi mumkin.

Xulosa: Astmani davolashning o'ziga xos xususiyati — eng kam miqdorda va eng samarali preparatlardan foydalanishdir Balg'amni yaxshi ajralishi uchun ekspektoranlar va mukolitik preparatlar buyuriladi Surunkali bronxitni oldini olish, chekishni tashlash va allergenlar bilan aloqani kamaytirish profilaktikada muhim ahamiyatga ega Shuningdek, astmani yuzaga kelishida ishtirok etadigan kasalliklar — surunkali bronxit, pnevmoniyalarni o'z vaqtida davolash ham muhim o'rin tutadi.



YURAK QON-TOMIR SISTEMASI KASALLIKLARI

Toxirova Ruxshona Izzatbek qizi
Andijon davlat tibbiyot instituti II-kurs talabasi

Anotatsiya: Ushbu maqolada butun dunyo aholisining o‘limiga sabab bo‘layotgan yurak qon- tomir sistemasi kasalliklari haqida so‘z borgan Yurak sistemasi kasalliklari barcha kasalliklar ichida asosiy o‘rinni egallaganligi , uni davolashda yuqori malaka va kuchli tajribalar talab qilishi va aholi salomatligini saqlab qolish haqida so‘z borgan

Kalit so‘z: Tug‘ma va orttirilgan yurak nuqsoni, insult, infarkt, gipertoniya, ateroskleroz va davolovchi vositalar.

Yurak qon-tomir sistemasida turli-xildagi kasalliklar kuzatiladi, bu sistema organizmning eng muhim funksional sistemasi hisoblanadi Yurak qon-tomir sistemasi-yurak, aorta, arteriya, va vena qon tomirlaridan tashkil topgan bo‘lib, ular ishtirokida, o‘z ish faoliyatini ya‘ni butun organizmni qon bilan ta‘minlash funksiyasini bajaradi Hozirgi kunda yurak qon-tomir sistemasi kasalliklarini aniqlash, ularni oldini olish va davolash maqsadida yurtimizda bir qancha kardiologiya markazlari, dispanserlar hamda davolash maskanlari o‘z ish faoliyatini olib bormoqda Yurak qon-tomir xirurgiyasi sohasida ulkan yutuqlarga erishish tufayli, yurak hamda yirik qon-tomirlar transplantatsiyasi kabi operatsiyalar olib borilmoqda Bu turdagi kasalliklar insonlar orasida juda ko‘p uchrashi bilan bir qatorda, uni davolashga anchagina mehnat, mashaqqat va qiyinchiliklarni, eng asosiysida esa yuqori malakani talab qiladigan kasalliklar hisoblanadi Yurak kasalliklari tug‘ma yoki hayot davomida orttirilgan bo‘lishi mumkin biz bu kasalliklarni shu ikki asosda o‘rganib chiqamiz.

Tug‘ma yurak kasalligining 100 dan ortiq turi bor bo‘lib ular orasidan odamlar hayotida ko‘p uchraydiganlari quyidagilardan iborat: Tug‘ma yurak parogi (TYP), qorincha septal nuqsoni (VSD), artiyal septal nuqsoni (ASD), patent kanali (PDA), o‘pka arteriyasi stenozi, aorta koartatsiyasi, aorta stenozi, katta tomirlarning transpozitsiyasi kabi bir qancha kasalliklarni o‘z ichiga oladi Tug‘ma yurak kasalliklari homiladorlik paytida genetik (irsiy) yoki ekalogik (atrof-muhit) omillari sababli yuzaga kelishi mumkin Bular ichida eng keng tarqalgani tug‘ilayotgan har 100 ta chaqaloqning 1 tasida uchrayotgan kasallik "tug‘ma yurak parogi" hisoblanadi Ushbu kasallikda, yurak va yirik qon-tomirlar tuzilishidagi kasallik bo‘lib, bemorda tug‘ilganidanoq mavjud bo‘ladi Aksariyat paroklar yurak ichida yoki katta va kichik qon aylanish doirasidagi qon oqimini buzadi

Tug‘ma yurak paroklarining genetik omillariga nuqtali genetik o‘zgarishlar yoki xromosomalarning mutatsiyaga uchrashi oqibati sifatida qaraladi Uning ekalogik omili sifatida esa homiladorlik paytida qabul qilingan turli xil teratogen dori va antibiotiklar, spirtli ichimliklar, homilaga ta‘sir etuvchi ionlantiruvchi nurlanishlar, onaning tanasidagi virusli toshmalar mavjudligi kabi omillarni misol qilib keltirish mumkin Rokitanskiy (1875) tug‘ma paroklar sababi ontogeneznining turli bosqichlarida yurakning rivojlanishdan to‘xtab qolishi deb hisoblagan Shpitser (1923) ularni filogeneznining biriga qaytishi deb hisoblaydi Kimskiy tug‘ma yurak nuqsonlarini filogeneznining u yoki bu bosqichiga mos keladigan ontogenezn muayyan bosqichida rivojlanishning to‘xtashi deb qaraydi

Kasallikning klinik ko‘rinishlarida yurak sohasidagi o‘g‘riq, hansirash, nafas qisilishi, hushdan ketishlar, yurak shovqinlari kuzatilishi mumkin Alomatlar ko‘pincha hayotning



dastlabki bosqichlarida namayon bo`ladi, lekin ba`zi tug`ma yurak paroklar umr bo`yi sezilmas bo`lishi mumkin. Tug`ma yurak parokida katta va kichik qon aylanish doiralari o`rtasida arteriya va vena qonining qay darajada aralashib turishiga qarab ba`zi tug`ma yurak paroklari sianoz bilan (ko`k xildagi paroklar), ba`zilari sianozsiz (oq xildagi paroklar) o`tadi.

Tug`ma yurak parogini davolash asosan jarrohlik va terapevtik davolash turlariga bo`linadi. Lekin ko`p hollarda jarrohlik yo`li asosiy hisoblanadi. Terapevtik davolash kamdan-kam hollarda asosiy hisoblanadi u yordamchi vazifani bajaradi.

Inson hayot-faoliyati davomida kelib chiqadigan yurak qon-tomir kasalliklari ham bir qanchani tashkil etadi. Bu kasalliklar ichida eng keng tarqalgani ateroskleroz hisoblanadi.

Ateroskleroz - bu qon-tomirlarning surunkali kasalligi bo`lib, bunda qon-tomirlarning surunkali kasalligi bo`lib, bunda qon tomirlar ichki devorida xolesterin va zichligi past bo`lgan lipoproteinlarning (HDL) to`planib qolishi natijasida tomir devorining elastikligi yo`qoladi. Qon-tomir devorlari yog` va cho`kindilar to`planishi oqibatida qattiqlashib, tarangligini yo`qotadi va a`zolariga qon borishini qiyinlashtiradi. Ateroskleroz o`limga olib keluvchi hayot uchun xavfli kasallik hisoblanadi. U yurak qon-tomir kasalliklarining asosiy sababchisidir: yurak ishemik kasalligi va miokard infarkti.

Yurak ishemik kasalligi asosan toj arteriyasining aterosklerozi natijasida yurak muskullarida qon aylanishning buzilishi tufayli yurakga yetarli qon yetib kelmasligi sabab bo`ladi. Yurak-ishemik kasalligiga: stenokardiya, miokard infarkti, yurak yetishmovchiligi, aritmik va infarktdan keyingi kardioskleroz kiradi.

Ateroskleroz oqibatida yana bir kasallik qon bosimining oshib ketishi (gipertoniya) ham kelib chiqadi. Kasallikda arterial bosimning ko`tarilishi bilan namoyon bo`ladi va ko`pincha uning ko`rsatgichi 140/90 dan oshib ketadi. Gipertoniya - bemorlarda ikkilamchi kasallik rivojlanishiga turtki bo`lishi ham mumkin masalan: insult, yurak xuruji va gemorragik infarkt.

Yurak devori uch qavat qobiq bilan qoplangan bo`lib, bu qobiq to`qimalarining yallig`lanish kasalliklari: perikardit, endokardit, miokardit.

Yurak qon-tomir kasalliklari bilan og`rigan bemorlarga tavsiya qilinadigan mahsulotlar qatoriga birinchi navbatda o`rik, danagi va sarimsoq, piyoz tabiiy antibiotik sifatida ta`kidlanadi, shular bilan bir qatorda limon, piyoz, uzum urug`i, do`lana, na`matak, olma, banan, lavlagi, ismaloq, baliq va dukkakli mahsulotlar ham kiradi.

Insonlar hayoti davomida kecha-yu kunduz tinmay ishlashlari, iste`mol qilayotgan ovqatlari tarkibida organizm uchun zararli bo`lgan mahsulotlarning ko`p bo`lishi sababli ularda turli xil kasalliklar kelib chiqmoqda. Bular ichida har yili dunyo aholisining bir necha millionlab odamlari o`limiga sabab bo`layotgan yurak qon-tomir kasalliklari hisoblanadi.

Xulosa: Xulosa qilib aytganda tug`ma yurak kasalliklari kelib chiqmasligi uchun va bu turdagi kasalliklarni oldini olish, aholi salomatligini ta`minlashda ona va bola salomatlik markazlari skreningni o`rni katta hisoblanadi. Homilador ayollarning vaqti-vaqti bilan tibbiy ko`rikdan o`tib turishlari, bola uchun zararli bo`lgan mahsulotlarni iste`mol qilmasliklari, homiladorlikning ilk kunlarida muntazam vrach nazoratida bo`lishlari tug`ma kasalliklarni kamayishiga sabab bo`ladi. Shu bilan bir qatorda katta yoshli insonlarda yuzaga kelayotgan yurak kasalliklarida esa iste`mol qilayotgan oziq-ovqatning va ekalogiyaning o`rni katta.



TIBBIYOTDA BAKTERIYALARNING ANTIBIOTIKLARGA SEZUVCHANLIGINI ANIQLASH USULLARINING AHAMIYATI

Toshpo‘latov A.Y.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali.

Dolzarlighi: Jahonda tibbiyotning turli yo‘nalishlari rivojlanishiga qaramasdan yuqumli kasalliklarni erta va aniq tashxislash hamda spetsifik davo choralari qo‘llab, samarali natijaga erishishda qator muammolar yuzaga kelmoqda Ushbu muammolarni ijobiy hal qilishda mikrobiologik usullarning o‘rni beqiyos

Fikrimizning isboti o‘laroq mikrobiologik usullardan biri bo‘lgan, bakteriyalarning antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini aniqlash usulining mohiyatini tushunish zarur hisoblanadi

So‘nggi yillarda davolash sohasida ushbu usulning mohiyatini anglamagan holda, davo choralari qo‘llash natijasida yuqumli kasalliklar qo‘zg‘atuvchi bakteriyalarning rezistent shtammlari vujudga kelishi sababli kasalliklardan tuzalish jarayonining cho‘zilishi, yondosh kasalliklarning paydo bo‘lishi hamda kasalliklarning asoratlanishi kuzatilmoqda Bu muammolarning oldini olishda ushbu usulning mohiyatini respublikamizning barcha tibbiyot xodimlariga hamda aholining barcha qatlamlariga anglatishimiz biz soxa mutaxassislarining burchi hisoblanadi.

Maqsadi: bakteriyalarning antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini aniqlash usulining mohiyati to‘g‘risidagi bilim va ko‘nikmalar nafaqat tibbiyot sohasidagilar, balki aholining barcha qatlamiga yetkazish.

Kutilayotgan natijalar: Ushbu tadqiqot natijasida davolash – profilaktika muassasalari, oliy o‘quv yurtlari va o‘rta ta’lim maktablari orasida integratsiyasi ta’minlanadi, aholi orasida tibbiy madaniyat shakllantiriladi, bakterial kasalliklardan tuzalish jarayonining qisqarishi, kasalliklarning asoratlanishi hamda yondosh kasalliklarning paydo bo‘lishi kamayadi Aholi uchun turmush tarzi yaxshilanadi, kasallikdan davolanishga ketgan vaqt va sarf xarajatlarning kamayishiga erishiladi.

Bakterial kasalliklarni tashxislash va spetsifik davolash maqsadida antibiotiklarni to‘g‘ri tanlab olish uchun qo‘llaniladigan, bakteriyalarning antibiotiklarga bo‘lgan sezuvchanligini aniqlash usulining mohiyati shundan iboratki, mikrobiologik usullarda ekib o‘stirilgan bakteriyalar koloniyasiga eng maqbul ta’sir ko‘rsatuvchi antibiotikni tajribada aniqlab olinadi Bu tajribada an’anaviy hamda zamonaviy metodlar qo‘llaniladi An’anaviy metodlardan “disklar” va “seriyali suyultirish” usullaridan foydalaniladi “Disklar” usulida petri kosachasida ekib, o‘stirilgan bakteriyalar koloniyasiga ma’lum turdagi antibiotiklar shimdirilgan qog‘oz disklardan foydalaniladi Bakteriyalar hosil qilgan koloniyalar ustiga ushbu disklar joylashtirib chiqiladi va petri kosachasiga raqamlab belgi qo‘yiladi hamda 37°C haroratda bir sutka davomida termostatda saqlanadi, so‘ngra disklar atrofidagi bakteriya kulturasining o‘sishdan to‘xtagan qismi diametriga ko‘ra eng samarali antibiotik tanlab olinadi Ushbu xulosa asosida davo choralari ishlab chiqiladi

“Seriyali suyultirish” usulidan hozirda faqat bakteriyalar uchun minimal letal (o‘ldiruvchi ta’sir) dozalarni aniqlash uchun qo‘llaniladi.

An’anaviy usullarning kamchiligi shundan iboratki, ushbu usullarda bakteriya koloniyalarini o‘stirish uchun vaqt sarfining ko‘pligi hamda qo‘l mehnati talab qilinadi.

Rivojlangan mamlakatlarda bakteriyalarning antibiotiklarga nisbatan sezuvchanligini aniqlashda zamonaviy metodlar qo'llaniladi. Ushbu metodlarning ijobiy tomoni natijalar olish uchun kam vaqt sarflanadi hamda mutaxassisni qo'l mehnatidan ozod qiladi. Kamchiligi esa, apparatlar hamda reaktivlarning qimmatligi hisoblanadi.

Xulosa: Aholiga ko'rsatilayotgan tibbiy xizmat sifatini oshirish maqsadida bakterial kasalliklarni tashxislash va spetsifik davolash uchun antibiotiklarni to'g'ri tanlab olish muhim bosqich sanaladi. Ushbu bosqichda antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash usulini qo'llash maqsadga muvofiq hisoblanadi. Bu natijalarga erishish uchun antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash to'g'risidagi bilim va ko'nikmalarni o'zlashtirish nafaqat tibbiyot xodimlari balki aholi orasida sifatli tibbiy xizmatdan foydalanish uchun dasturilamal bo'lib xizmat qiladi.

TERI ALLERGIK KASALLIKLARINING XAVF OMILLARI VA TARQALGANLIGINI O'RGANISH.

**To'ychiboyev Sarvarjon Erkin o'g'li Nasirdinov Omadjon Adxamjon O'g'li
Tibbiy profilaktika fakulteti 3-kurs talabalari Toshkent Tibbiyot Akademiyasi
Urganch filiali Ilmiy rahbar: PhD Nuraliyev F.N.**

Mavzuning dolzarbligi. Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti xulosasiga ko'ra, XXI asr – allergik kasalliklar asri. Hozir yer yuuzida eng ko'p tarqalgan noinfeksion hastalik bo'lib, dunyo aholisining 35-40% ida uchraydi. Jahonda keying o'n yil ichida allergik kasalliklar ko'rsatkichi 2 barobar oshgani havotirli holat, eng yomoni uning o'ta og'ir kechuvchi yangi turlari ham ko'paymoqda. Respublikamizda bundan 2-3 yil avval tashxis qo'yishimiz mumkin bo'lgan allergiya turlari 50-60 ta edi, hozirda zamonaviy texnologiyalar yordamida 200 dan ortiq turdagi allergiyalarni aniqlash imkoniyatiga egamiz. Ovqatlanish gigienasiga rioya qilish va keltirib chiqaruvchi ta'sirni yoq qilish hisobiga allergik kasalliklarni kamaytirish mumkin.

Maqsad. Teridagi allergik kasalliklarning turmushdagi ahamiyati va ijtimoiy xavf omillarini o'rganish.

Usul va uslublar. Teri kasalliklari bilan kasallangan 89 nafar bemordagi anketa natijalari. Tadqiqotda anketa-so'rovnoma, sotsiologik va statistik usullardan foydalanildi.

Natija. Biz Urganch shahridagi M- Shifo xususiy teri kasalliklari klinikasida davolanayotgan 89 nafar bemorlar ishtirokida ijtimoiy so'rovnoma o'tkazdik. Bemorlarning 24,72 % i psoriasis, 16,85 % i vitiligo, 13,48 % i husunbuzar, 34,83% i teri allergik kasalliklari va 10.12 % dan ortiq qismi boshqa teri kasalliklar bilan murojat qilgan. Biz so'rovnomamiz natijasini tahlil qilganimizda bemorlarning ko'p qismida toshmalarning yuz va qo'l sohalarida ekanligi sababli mehnat faoliyatini vaqtincha to'xtatib turishga majbur bo'lishmoqda. Vitiligo va psoriasis tashxisi qoyilgan bemorlarning ko'pchiligi terisidagi toshmalar toshishi oqibatida tashqi ko'rinishidagi noqulayliklarini nuqson sifatida qabul qilib, jamoalarda o'zlarini erkin his qila olmayotganliklarini takidlashdi. Kasallik etiologiyasidagi irsiy omil esa kelajakda ko'pchilik yoshlarning turmush qurishida muammo bo'lib turibdi. Teri va teridagi allergik kasalliklar natijasida terida qichishishlar, turli toshmalar toshishi, dog', pufakcha hosil bo'lishi asabiylashish kabi holatlar kuzatiladi. Hozirgi kunda yer yuzining 1/3 qismi allergik kasalliklar bilan kasallanmoqda, bu holat

bizning ilmiy izlanishlarimizda ham kuzatilib, so'rovnoma o'tkazilgan bemorlarning 34,83% i teri allergik kasalliklari bilan murojat qilgan. Allergik kasallikarning kelib chiqishi to'g'risidagi o'rganilgan ma'lumotlarga qaraganda bu kasalliklar immun tizimining buzulishi, noto'g'ri ovqatlanish, kun tartibining noto'g'ri tuzulishi bir so'z bilan aytganda sog'lom turmush tarziga rioya qilmaslik natijasida yuzaga keladi. Bu holat bu kasalliklarning yuqumli emasligi haqidagi ma'lumot aholi orasida yetarlicha emasligi ham sabab bo'lmoqda.

Xulosa Xorazm viloyatida teri kasalliklari orasida psoriasis va vitiligo ko'proq tashxislanayotganligi aniqlandi. Keyingi o'rinni teri allergik kasalliklari bilan kasallangan bemorlar tashkil etgan. Ulardagi ijtimoiy muammolarning kelib chiqishi aholi orasida tibbiy madaniyatning yetishmasligi bilan ham izohlandi.

HAZM SISTEMASIDAGI KASALLIKLAR TUFAYLI OG'IZ BO'SHLIG'IDAGI O'ZGARISHLAR

Turaqulov O M., Ortikova N.X
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti.

Og'iz bo'shlig'i va ovqat hazm qilish tizimi bir-biri bilan chambarchas bog'langan va ovqat hazm qilish tizimiga ta'sir qiladigan kasalliklar og'iz bo'shlig'iga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ushbu maqola ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari tufayli og'iz bo'shlig'ida sodir bo'ladigan turli o'zgarishlarni o'rganib chiqadi, bu ikki tizim o'rtasidagi murakkab o'zaro bog'liqlikni yoritadi va bemorni parvarish qilishda kompleks yondashuv zarurligini ta'kidlaydi.

Tadqiqot maqsadi Hazm sistemasidagi kasalliklar tufayli og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlarni o'rganib chiqish.

Og'iz bo'shlig'i va ovqat hazm qilish tizimi o'rtasidagi murakkab o'zaro bog'liqlik yaxlit salomatlikning asosiy jihati hisoblanadi. Og'iz bo'shlig'i tishlari, yumshoq to'qimalari va so'lak bezlari bilan ovqat hazm qilish tizimiga kirish eshigi bo'lib xizmat qiladi, oziq-ovqat hazm qilish va ozuqa moddalarining so'rilishining dastlabki bosqichlarida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Aksincha, ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari og'iz bo'shlig'iga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin, bu og'iz bo'shlig'i va tizimli salomatlikka ta'sir qiluvchi ko'plab asoratlarga olib keladi. Gastroezofagial reflyuks kasalligi, keng tarqalgan ovqat hazm qilish buzilishi, bu tizimlarning o'zaro bog'liqligini ko'rsatadi. Gastroezofagial reflyuks kasalligida kislotali oshqozon tarkibining qizilo'ngachga surunkali teskari oqimi og'iz bo'shlig'iga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bunga tish eroziyasi kiradi, ayniqsa regurjitatsiya epizodlari paytida kislotali tarkibga ta'sir qilish tufayli orqa tishlarning emaliga ta'sir qiladi. Tish emalining eroziyasi nafaqat tish sezgirligiga olib keladi, balki tish kariyesiga moyillikni oshiradi va shu bilan og'iz bo'shlig'iga ta'sir qiladi. Bundan tashqari, Gastroezofagial reflyuks kasalligi natijasida og'iz bo'shlig'idagi kislotali muhit og'iz to'qimalarining yallig'lanishiga olib kelishi mumkin, bu shilliq qavat va gingivit kabi holatlarga olib kelishi mumkin. Oshqozon tarkibiga doimiy ravishda ta'sir qilish, shuningdek, tupurik ishlab chiqarishning buzilishi tufayli tibbiy tilda kserostomiya deb ataladigan quruq og'izga olib kelishi mumkin. Sulak oqimining kamayishi tish kariyesi, og'iz bo'shlig'i infeksiyalari, nutq va yutishda

qiyinchiliklar xavfini oshirishi mumkin, bu esa ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarining og'iz bo'shlig'iga har tomonlama ta'sirini yanada ta'kidlaydi.

Kron kasalligi va yarali kolit kabi kasalliklarni o'z ichiga olgan yallig'lanishli ichak kasalliklari (IBD) ushbu murakkab munosabatlarning yana bir tomonini taqdim etadi. Ushbu surunkali yallig'lanish holatlari turli xil og'iz ko'rinishlarini keltirib chiqarishi mumkin, orofasiyal shishishdan tortib og'iz bo'shlig'idagi yaralar va jarohatlargacha. Bundan tashqari, yallig'lanishli ichak kasalliklari bilan kasallangan odamlar ko'pincha ovqat hazm qilish traktida muhim oziq moddalarning so'rilmaligi tufayli ozuqaviy etishmovchilikni boshdan kechirishadi. Ushbu kamchiliklar glossit, burchakli cheilitis va og'iz kandidozi sifatida yuzaga kelishi mumkin, bu yallig'lanishli ichak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning tizimli ovqatlanish holatining klinik ko'rsatkichi bo'lib xizmat qiladi va ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarining og'iz bo'shlig'iga tizimli ta'sirini ta'kidlaydi.

Jigar kasalliklarining og'iz bo'shlig'iga ta'siri bu murakkab munosabatlarning yana bir jihatini ko'rsatadi. Jigar kasalliklarining o'ziga xos belgisi bo'lgan sariqlik teri va shilliq pardalarning ko'rinadigan sariq rangini keltirib chiqaradi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, gingiva va skleralarga ta'sir qiladi. Bundan tashqari, jigar kasalliklari bilan bog'liq buzilgan gemostaz gingival qon ketish xavfini oshirishi mumkin, bu esa jigar kasalliklari bo'lgan odamlarda og'iz bo'shlig'ini muvofiqlashtirilgan holda boshqarish zarurligini ta'kidlaydi. Og'iz bo'shlig'i va ovqat hazm qilish tizimi o'rtasidagi murakkab munosabatlar ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari natijasida yuzaga keladigan turli xil og'iz ko'rinishlarida namoyon bo'ladi. Gastroezofagial reflyuks kasalligida kislota eroziyasi va og'iz bo'shlig'i to'qimalarining yallig'lanishidan, yallig'lanishli ichak kasalliklaridagi og'iz bo'shlig'i yaralari va ozuqaviy tanqisliklarga va takroriy aft yaralariga qadar, ta'sir ko'p qirrali va chuqurdir. Ushbu o'zaro bog'liq salomatlik dinamikasini tan olish sog'liqni saqlash xodimlari uchun ovqat hazm qilish tizimi kasalliklaridan zarar ko'rgan shaxslar uchun og'iz bo'shlig'i va tizimli salomatlikni qamrab oluvchi kompleks yordam ko'rsatishda muhim ahamiyatga ega. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarining og'iz bo'shlig'iga ko'p qirrali ta'sirini tushunib, klinisyenlar yaxlit yondashuvni qo'llashlari mumkin, bu esa yordam sifatini oshiradi va bemorlarning umumiy farovonligini oshiradi.

Jigar kasalliklari, shu jumladan siroz va gepatit ham og'iz bo'shlig'iga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Jigar kasalliklarining xarakterli belgisi bo'lgan sariqlik terining va shilliq pardalarning sariq rangga ega bo'lishiga olib keladi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, gingiva va skleralarga ta'sir qiladi. Bundan tashqari, jigar kasalliklari bilan bog'liq buzilgan gemostaz gingival qon ketish xavfini oshirishi mumkin, bu esa ushbu muammolarni har tomonlama hal qilish uchun jigar kasalliklari bo'lgan odamlarda og'iz bo'shlig'ini kompleks boshqarish zarurligini ta'kidlaydi. Og'iz bo'shlig'i va ovqat hazm qilish tizimi o'rtasidagi o'zaro bog'liq sog'liq dinamikasini tushunish sog'liqni saqlash xodimlari uchun keng qamrovli yordam ko'rsatish uchun juda muhimdir. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarining og'iz bo'shlig'iga ko'p qirrali ta'sirini tan olgan holda, klinisyenlar og'iz bo'shlig'i va tizimli salomatlik ehtiyojlarini qondiradigan bemorlarni parvarish qilishda yaxlit yondashuvni qo'llashlari mumkin. Bunday kompleks yondashuv nafaqat ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bilan og'rigan shaxslarga yordam sifatini oshiradi, balki ularning umumiy farovonligini yaxshilashga ham hissa qo'shadi.

Xulosa qilib aytganda, ovqat hazm qilish tizimining kasalliklari og'iz bo'shlig'iga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin, bu og'iz bo'shlig'i va tizimli sog'likka ta'sir qiluvchi turli

xil asoratlarni keltirib chiqaradi Gastroezofagial reflyuks kasalligida emal eroziyasi va og'iz bo'shlig'i to'qimalarining yallig'lanishidan, yallig'lanishli ichak kasalliklaridagi og'iz bo'shlig'i yaralari va ozuqaviy tanqisliklarga va takroriy aftoz yaralariga qadar, ta'sir chuqur va keng qamrovli Ushbu o'zaro bog'liq sog'liq dinamikasini tan olish va hal qilish ovqat hazm qilish tizimi kasalliklaridan ta'sirlangan shaxslarning umumiy farovonligini yaxshilash va har tomonlama yordam ko'rsatish uchun muhim ahamiyatga ega.

XXI ASRDA ENG KENG TARQALGAN KASALLIK – YURAK ISHEMIYASI

1Turdialieva D.O., 2Islomova S.T.

**Andijon davlat tibbiyot instituti, 1-kurs davolash fakulteti talabasi,
Andijon, Tibbiy kimyo kafedrasi dotsenti,**

Kasallik turlari juda xilma-xil Inson hayoti davomida albatta kasal bo'ladi. Ammo u vaqtida davolanmasa hatto o'limga ham olib keladi. Inson hayotiga xavf tug'diruvchi kasalliklar ro'yxatining birinchi o'rinida yurak ishemik kasalligi turadi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, yurakning ishemik kasalligi dunyo bo'ylab yuz berayotgan o'limning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi

2016-yil yurak-qon tomir kasalliklari 15,2 million kishining o'limini tashkil etgan Bugungi kunda ham erkak va ayollarning bevaqt o'limiga sabab bo'lmoqda Aslida uning oldini olish juda oson bo'lib, aksariyat hollarda xavfni minimal darajaga tushirish mumkin Buning uchun to'g'ri ovqatlanish, faol hayot tarzini olib borish, stressni boshqarishga harakat qilish, zararli odatlardan voz kechish va yurak-qon tomirlarining holatini shifokor ko'rigida muntazam ravishda tekshirtirib turish tavsiya etiladi Kasallikning sababi bu qon tomirlari devorlarida yog' birikmasi tufayli hosil bo'lgan aterosklerotik blyashkalarining paydo bo'lishidir Shuning uchun, xavf iga qon tomirlarida xolesterin to'planishi uchun ko'plab sharoatlarga ega bo'lgan insonlar kiradi: chekuvchilar, spirtli ichimliklarni suiste'mol qiluvchilar, diabet va semirish bilan og'riganlar, giperlipidemiya genetik moyilligi bo'lganlar. Kasallikka biz uchun juda oddiy tuyulgan, e'tiborsiz qoldirgan holatlar ham sabab bo'lishi mumkin

Bu quyidagilar:

Soch to'kilishi: Bunga ishonish qiyin, lekin erkak va ayollarda erta soch to'kilishi haqiqatan ham arteriyalarning tiqilib qolishi va qon ivishining yuqori xavfi bilan bog'liq Masalan, 37 000 erkak ishtirok etgan tadqiqot natijalari soch to'kilishi va yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanishi o'rtasidagi bog'liqlikni tasdiqladi 4000 dan ortiq ayollar ishtirok etgan yana bir tadqiqot shuni ko'rsatdiki, bu alomat ayollarda ham mavjud Shuning uchun soch to'kilishi avvalgidan ko'ra ko'proq kuzatilsa, kardiolog tomonidan muntazam tekshiruvdan o'tish tavsiya etiladi.

Quloq burmasi: Yurak ishemik kasalligining yana bir belgisi — quloq bo'shlig'idagi burma yoki ajinlardir Kasallikning bu belgisi so'nggi o'n yilliklarda o'tkazilgan ko'plab tadqiqotlarda qayd etilgan Shifokorlarning ta'kidlashicha, asosiy narsa qon ta'minotining yomonlashuvida: arteriyalarning tiqilib qolishi tufayli qon yaxshi haydalmaydi va organizm birinchi navbatda muhim organlarni kislorod bilan ta'minlashga intiladi, qolgan organlarga esa kislorod borishi qiyinlashadi.

Oyoqlarda og‘riq: Ayniqsa, chekuvchilar uchun ushbu belgiga e‘tibor berish juda muhimdir: qon ta‘minoti yomonlashishi tufayli pastki ekstremitalarning arteriyalari tiqilib qoladi va oyoqdagi o‘tkir og‘riq oqsoqlanish yoki yiqilib ketishga olib kelishi mumkin. Agar shunday vaziyat yuz bersa, shifokor ko‘rigidan o‘tish, shuningdek, ko‘proq sabzavot yeyishga va piyoda yurishga harakat qilish lozim.

Bo‘yin va jag‘da og‘riq: Bu har bir ayol bilishi kerak bo‘lgan juda muhim alomatdir: haqiqat shundaki, ayollarda yurak xurujining dastlabki belgilaridan biri ko‘krak qafasida emas, balki bo‘yin yoki jag‘dagi og‘riqdir. Afsuski, shuning uchun ham ayollar ko‘pincha shifokorga juda kech murojaat qiladi, chunki ular yurak xurujidan gumon ham qilmaydi. Unutmaslik lozim, bo‘yin yoki jag‘dagi og‘riqlar kardiolog bilan bog‘lanish uchun muhim sababdir.

Bel og‘rig‘i: Ishemik yurak kasalligining yana bir noodatiy, ammo juda keng tarqalgan alomati bel og‘rig‘idir. Haqiqat shundaki, qon aylanishining yetishmasligi disklarni zaiflashtirishi va umurtqa pog‘onasidagi bosimni oshirishi mumkin, natijada bel sohasida og‘riq paydo bo‘ladi. Agar tez-tez bel og‘rig‘i kuzatilsa, kardiolog bilan maslahatlashib, undan kardiogramma yoki yurakning ultratovush tekshiruvini buyurishini so‘rash maqsadga muvofiqdir.

BOLALARDA QANTLI DIABET KASALLIGIGA TASHHIS QO‘YISHDA SO‘LAKDAN FOYDALANISH

Umarova M.N., M.A.Marupova
Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot institute.

Tadqiqotning maqsadi Har qanday kasallikka qancha erta tashxis qo‘yilsa uni davolash shuncha oson bo‘ladi. Tibbiyotda erta tashxis qo‘yish maqsadida turli biologik suyuqliklardan foydalaniladi. Bemor kasalxonaga davolanish uchun yotar ekan yoki vrach xuzuriga kelar ekan, albatta, biokimyoviy taxlillar o‘tkaziladi, buning uchun albatta, asosan qon, siydik va boshqa biosuyuqliklar tekshiriladi.

Tekshirish uchun qon olish invaziv usul bo‘lib, albatta tanaga - teriga va qon tomirlariga jarohat yetkaziladi. Bundan tashqari, qon va qon olish uchun ishlatiladigan jihozlar orqali turli kasalliklarni yuqish ehtimoli ham bor. Patologik xolatlarda qon va siydikdan tashqari organizmdagi boshqa biologik suyuqliklarning kimyoviy tarkibi o‘zgaradi.

Yuqoridagilarni inobatga olib, biokimyoviy taxlillar uchun noinvaziv usul sifatida qon o‘rniga so‘lakdan foydalanishni yo‘lga qo‘yish uchun so‘lak bezlarining faoliyatini; analiz uchun so‘lak olish metodikasini; normal, ya‘ni sog‘lom odam so‘lagining kimyoviy tarkibini o‘rgangan xolda endilikda so‘lak tarkibidagi asosiy moddalarning xususiyatlari va vazifalari hamda so‘lak tarkibining o‘zgarishi bilan bog‘liq kasalliklarni aniqlashni maqsad qilib qo‘yidik.

Tadqiqot materiali va usullari Tadqiqot materiali analiz uchun olish oson, og‘riqsiz va noinvaziv hisoblangan sog‘lom va qantli diabet bilan kasallangan bolalar so‘lagi. Bunda, teri, qon tomirlari devorlari mexanik jarohatlanmasligi hozirgi zamonaviy tibbiyot talablariga javob beradi. Qon va so‘lak tarkibidagi glyukoza miqdori umumiy qabul qilingan

biokimyoviy usulda va glyukometrda aniqlanadi va matematik-statistik usullarda taxlil qilinadi

Ishning yangiligi Qantli diabet kasalligini erta aniqlash uchun noinvaziv usul - so‘lakdan foydalanishni tavsiya etish.

So‘lak - og‘iz bo‘shlig‘iga so‘lak bezlari ajratib chiqargan biologik suyuqlik bo‘lib, organizmda himoya, antibakterial; uglevodlarni (kraxmalni) parchalash; tishlarni minerallar (kaltsiy, magniy va fosfor) bilan boyitish; mochevina, siydik kislotasi, kreatinin, va og‘ir metallarni organizmdan chiqarib yuborish kabi vazifalarni bajaradi.

Ko‘plab chet davlatlarda kasalliklarga tashhis qo‘yishda so‘lakdan foydalaniladi, jumladan, Keyo universiteti (Yaponiya)da, AQSH Kaliforniya universiteti va Los-Andjelesda onkologik kasalliklari bo‘lgan 215 kishidan olingan so‘lak namunalari analiz qilinganda test natijalari 99% kishida oshqozon osti bezi raki borligi tasdiqlangan Ayollarda homila bor-yo‘qligi ham so‘lak yordamida aniqlanadi AQSHda OITS-infektsiyasiga so‘lak yordamida tashxis qo‘yish test - metodikasi ishlab chiqilgan va amaliyotga tadbiiq etilgan.

Tadqiqot natijalari:

- har qanday kasallik dastlab organizmdagi biologik suyuqliklar, jumladan, so‘lak tarkibini o‘zgarishi, keyinroq xujayra va to‘qimalardar hamda tegishli organlarda kasallik belgilari paydo bo‘lashi aniqlandi;
- so‘lak tarkibini taxlil qilish va solishtirish tez tashhis qo‘yish imkonini beradi;
- odam so‘lagi tarkibidagi oqsil, ferment va minerallar miqdorini o‘rganish turli diagnostik testlar yaratishga zamin bo‘ladi;
- bu yangi noinvaziv usul qon topshirishdan qo‘rqadigan bemorlarga, ayniqsa, bolalarga ma‘qul bo‘ladi, chunki og‘riq, qon tomirini bir necha bor teshish, shuningdek, infektsiya yuqtirib olish havfi yo‘qoladi;
- so‘lak kimyoviy tarkibining qonga nisbatan tez o‘zgarishi yuqumli kasalliklarda inkubatsiya davrini kutmasdan oldinroq tashhis qo‘yish imkonini beradi;
- analiz uchun so‘lak olish bepul, oson va qulay usuldir

BOLALARDA TUG'MA YURAK NUQSONLARINI ANIQLASH VA DAVO CHORALARINI QO'LLASH

O'rinova U.O'.,

Toshkent Pediatriya Tibbiyot Instituti 320- 2-Pediatriya va Tibbiy biologiya fakulteti, Pediatriya ishi yo'nalishi. Ilmiy raxbari: Zokirova A.M ToshPTI Fakultet Pediatriya kafedrasi Toshkent shahri 4-ShBKSh Shayxontohur tumani, Massiv Bog'ko'cha 20

Dolzarliligi: Bugungi kunda dunyo bo'yicha 1,8 milliondan ortiq inson tug'ma yurak nuqsonlari bilan kasallangani aniqlandi Bu qanday kasallik? Tug'ma yurak nuqsonlari ya'ni tug'ma yurak anomaliyalari tug'ilish paytida mavjud bo'lgan yurakdagi yoki yirik qon tomirlar tuzilishidagi nuqson hisoblanib, uning paydo bo'lishiga bir qancha omillar sabab bo'lishi mumkin. Uning rivojlanishi hamda davo choralari bugungi kunda juda ko'p bahs va munozaralarga sabab bo'lmoqda Tadqiqotlarga uyushgan holda yondashib, kasallikka chalingan bolalarni standartlashtirilgan anketalardan foydalangan holda, turli xil zamonaviy uskunalarda tekshiruv olib borish, shuningdek qonning metabolitik darajalarini aniqlash



ishlari va kasallikka davo choralari qo'llash o'zining dolzarbligi bilan muhim ahamiyat kasb etadi.

Maqsadi: Bolalarda tug'ma yurak nuqsonlarini aniqlash va davo choralari qo'llash.

Materiallari va tekshiruvlar: Adabiyotlar, internet ma'lumotlarini o'rganish va tahlil qilish asosida ish olib borildi. Kuzatuv ostida ToshPTI Kardiologiya bo'limida tug'ma yurak nuqsoni tashhisi qo'yilgan bemor bolalar borligi aniqlandi. Ularning ota-onalaridan anamnez uchun quyidagilar so'raldi: kasallik nima sababdan paydo bo'lgani, oila a'zolarida bu kasallikka nisbatan irsiy moyillik bor yoki yo'qligi hamda homiladorlik qanday o'tgani. So'rovlarga nisbatan har bir bolaning holatiga mos ravishda tekshiruvlar olib borildi.

Olingan natijalar: Bu kasallikda yurak nuqsonlarining anatomik variantlari xilma-xil bo'lganligi sababli yurak ichida va yurak tashqarisida turli xil gemodinamik o'zgarishlar vujudga kelib, o'ziga xos klinik ko'rinishga ega bo'ladi. Bemorlarda turlicha holatlar kuzatilishi mumkin, ya'ni tez charchash, havo yetishmasligi, kuchli hansirash, qon bosimi pasayishi, yoki ortib ketishi. Ko'pincha tasodifiy bo'lgan genetik mutatsiyalar tug'ma yurak nuqsonlarining asosiy sababidir. Kasallikka chalingan bolalarni davolashda dori-darmonlarni hamda jarrohlik amaliyotlari qo'llanildi. Dori-darmonlarning 90%i diuretiklar hisoblanib, ular yurak qisqarishini kuchaytirish uchun tanadan suv va tuzlarni yo'q qilishga yordam beradi. Bu esa, taxikardiyaning oldini oladi. Jarrohlik amaliyoti esa, asosan 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda o'tkazildi. Yurak tug'ma nuqsonlarida jarrohlik muolajalariga shoshilinch ko'rsatma bo'lib, birinchi bosqichida yoki rejali ravishda ikkinchi bosqichida bo'lishi mumkin. Jarrohlik davolash usullari va ko'rsatmani kardiojarroh belgilaydi. Hozirgi vaqtda kardiojarrohlikni butun dunyoda jadal rivojlanishi, ko'pgina bolalarni xayotini uzaytirishga imkon berdi. Yurak tug'ma nuqsonlarida jarrohlik shoshilinch (jadallashuvchi yurak etishmovchiligi) va rejali bo'lishi mumkin. Hozirgi vaqtda kardiojarrohlikda kichik invaziv usullar qo'llanilmoqda. Ko'plab operatsiyalar sianozli tug'ma yurak nuqsoni bo'lgan bolalarda olib borildi. Har bir bolaga holatiga ko'ra davo choralari qo'llandi. Aortal yetishmovchiliklarida esa, ballonli kengaytirish usuli, aorta stenozida plastika muolajalari o'tkazildi. Bugungi kunda tug'ma yurak nuqsonini davolash tadbirlari haqida bemorlarning ota-onalariga ma'lumotlar berildi. Shuningdek bemor bolalarni tez-tez shamollaydigan kishilardan uzoqda tutish, bolaning ovqatlanishiga alohida e'tibor berish va jismoniy faoliyatini boshqarish, surunkali tonzillit va tomoq og'riqlarini oldini olish haqida tushuntirish ishlari olib borildi. Klinikadagi 80% bola holati ancha yaxshilangani, 20% bola esa muolajani davom ettirayotgani haqida ma'lumotlar olindi.

Xulosa: Tug'ma yurak nuqsoni bo'lgan bemorlarga o'z vaqtida kerakli davo choralari qo'llash va to'g'ri parvarish qilish bemorning holatini yaxshilanishiga va tez fursatda sog'ligi tiklanishiga yordam beradi.

INSON SALOMATLIGIGA TA'SIR ETUVCHI XAVFLI OMILLAR

O.O'roqova

“Ijtimoiy va gumanitar fanlari” kafedrasi mudiri, Jarrohlik kasalliklari va fuqaro muhofazasi” kafedrasi katta o'qituvchisi A.Mamadaliyev

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti Pediatriya fakulteti 203- talabasi Toxirova Ruxshona

Annotatsiya: ushbu maqolada birinchi navbatda inson salomatligiga, uning turmush tarziga xavfli ta'sir etuvchi omillar, inson organizmda kelib chiquvchi turli xil kasalliklarning sabablari insonlarning o'ziga va atrof muhit omillariga bog'liqligi, sog'lom turmush tarziga rioya qilish, odamlarda salbiy omillar sababli kelib chiquvchi turli xil kasalliklarni oldini olish, insonlar o'z salomatligiga befarq bo'lishlari oqibatida sog'liklarini yo'qotishi va hayot faoliyatining murakkablashishiga o'zlari sababchi bo'lib qolishlari natijada esa o'z erkinliklarini cheklashlari haqida so'z boradi

Kalit so'z: inson salomatligi, zararli odatlar, xavfli omillar, kasalliklar, sog'lom turmush tarzi, kasallikni oldini olish choralari.

Hozirgi sharoitlarda atrof-muhit omillari kasallik va jarohatlarga olib keluvchi omillar bo'lishi mumkin Salomatlik uchun xavflar, zararli, ifloslantiruvchi moddalar ta'siridan kelib chiqadigan salbiy ta'sirlarning kutilayotgan chastotasi sifatida aniqlanadi Ular havo, suv, tuproq, oziq-ovqat, qurilish va qadoqlash materiallari va boshqalarda bo'lishi mumkin.

Inson salomatligi bu insonning eng katta boyligi hisoblanadi Lekin salomatligimizga ta'sir etuvchi yuqoridagi omillar ham bir qancha Tadqiqotlar natijasiga ko'ra, inson hayotiga xavfli ta'sir etuvchi omillar ro'yxatiga xavfli mehnat sharoitlari ,yolg'izlik, kamharakatlik, uyqusizlik, oftobda toblanish va noto'g'ri ovqatlanishlarni ham qo'shish mumkin

Xavfli mehnat sharoitlari - fizik, kimyoviy, biologik va psixofiziologik omillarning zararli ta'siriga duchor bo'lishlari va ular oqibatida kasb kasalliklarini orttirib olishi, jarohatlanishi, zaharlanishlari yoki xodimlarda mehnat qilish samaradorligini susayishiga olib kelishi mumkin.

Yolg'izlik - bu insonlarning psixologik zo'riqishiga olib keladi Insonlar yolg'iz qolganda e'tibor va mehrga muhtoj bo'lishadi Yolg'izlikda odamlarning tushkunlikka tushishi natijasida unda turli xil kasalliklar va salomatligiga salbiy ta'sir etuvchi jarayonlar ro'y beradi Shaxsiy uchrashuvlar o'rnini egallab borayotgan virtual muloqot inson salomatligiga ijobiy ta'sir ko'rsata olmaydi.

Kamharakatlilik - ko'pchilik aqliy mehnat bilan shug'ullanadigan va nogironligi bor insonlar orasida kuzatiladi Hozirgi kunda odamlar ko'p vaqtlarini kompyuter, televizor va rul qarshisida o'tkazmoqda Buning oqibatida, yo'g'on ichak hamda o'pka saratoni, bel og'rig'i va qad-qomatning buzilishiga olib kelmoqda

Uyqusizlik – birinchi navbatda to'yib uxlamaslik ya'ni uyqu siklini buzilishidir Uyqusizlik oqibatida bosh miya neyronlari zo'riqib qoladi Bosh miya ish faoliyatini buzilishi organizmda turli xil kasalliklarni keltirib chiqaradi Uyqusizlik oqibatida insonlarda insult va infarkt kabi yurak qon-tomir kasalliklari yuzaga kelishi mumkin Uyqusizlik payti chekuvchilar uchun juda xavfli hisoblanadi Chunki tamaki mahsulotlari yurak qon-tomir kasalliklari xavfini bir necha baravar oshirib yuboradi.Oftobda toblanish – bu ham xavfli odatlardan biri hisoblanadi Sababi, oftobda toblanish paytida quyoshdan kelayotgan ultrabinafsha nurlari teriga salbiy ta'sir ko'rsatib, teri saratonini keltirib chiqaradi Oftobda ko'p qolish – oftob urishiga olib keladi Natijada, bosh og'rig'i ko'ngil aynish qayd qilish va lanjlikka olib keladi Noto'g'ri ovqatlanish – bu avvalo odam organizmining normativ holatini buzilishiga olib keladi Ko'p ovqat iste'mol qilish birinchi navbatda semirish bilan boshlanadi va semirish natijasida qon-tomir kasalligi, organizmda ortiqcha yog'ning yig'ilishiga olib keladi Ko'p ovqat yeyish mobaynida organizmga ko'p miqdorda uglevodli mahsulotlarning kirishi oqibatida xavfli kasallik qandli diabet kelib chiqadi To'yib ovqat

yemaslik esa kamqonlik-anemiyaga sabab bo'ladi To'yib ovqatlanmaslik oqibatida insonlarning immuniteti pasayib har xil kasalliklarga moyilligi ortib ketadi. Atrof-muhit omili - Hozirgi kunda atmosfera havosining ifloslanish darajasi ortib bormoqda, buning natijasida ozon qatlamida tuynuklar hosil bo'lmoqda Atmosferaning zararlanishiga inson faoliyati ham, tabiat hodisalari ham sabab bo'lmoqda XXI asr urbanizatsiyasining rivojlanishi oqibatida ko'plab korxona va zavodlar barpo qilingan Avtomobillar soni kundan-kunga ortib bormoqda Buning natijasida ulardan chiqayotgan turli xil zararli chiqindilar, tutunlar va har xil gazlarning miqdori ortib atmosferaning buzilishiga olib kelmoqda Atmosfera havosining ifloslanishi oqibatida aholi orasida turli xil nafas yo'llari, infeksiya, allergik va hatto o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan kasalliklar paydo bo'lmoqda Zararli odatlar - Odam organizmiga zararli odatlar turli xil alkogol va tamaki mahsulotlari ham kiradi. Alkogol mahsulotlarini ko'p iste'mol qilgan odamlarda og'iz-qizilo'ngach, o'pka raki va jigar serrozi kabi xavfli kasalliklar vujudga keladi Alkogollar oshqozon devori orqali tez so'riladi va uning natijasida pankreatit, qandli diabet, miokard infarkti va stenokardiyaga sabab bo'ladi. Chekuvchi insonlarda esa, ko'proq qon-tomir kasalliklari uchraydi sababi bitta sigaret chekkan insonning qon-tomirlari 30 minut davomida siqilgan holatda bo'ladi Tamaki tutuni turli xil nafas yo'llari o'smalarini ham rivojlanishiga olib kelishi mumkin

Xulosa: xulosa qilib aytganda, insonlarning hayot faoliyatini yaxshilash uchun birinchi navbatda o'z salomatligi uchun befarq bo'lmasligi uchun salbiy omillar xavfini identifikatsiya qilish Xavflarni oldini olish va undan himoyalaniş , sog'lom turmush tarziga rioya qilish talab qilinadi.

PEDIATRIYADA ETIKANING AHAMIYATI

O.O'roqova

“Ijtimoiy va gumanitar fanlari” kafedrası mudiri, Toxirova Ruxshona Pediatriya fakulteti 2-kur.

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti

Annotatsiya: Ushbu maqolada shifokorning bemorga nisbatan hushyorligi, tibbiyot xodimining bemorga bo'lgan muomalasi, kamtar bo'lishi Bemorning yaqinlari bilan muloqoti va ularga kasalning holatini tushuntirishdagi shifokorning malakasi Tibbiyot xodimlari doimo o'z malakasini oshirib turishi haqida so'z borgan. Kalit so'z: Shifokor, bemor, kasallik, muloqot, to'g'ri tashxis, malaka. Etika jamiyat paydo bo'lishida va shakllanishida muhim o'rin tutadi Etika yunoncha so'zdan olingan bo'lib “xulq, ahloq-odob” ma'nolarini anglatadi Etika barcha soha bilan chambarchas bog'liq va muhim ahamiyatga ega Bu sohalardan biri tibbiyotdir. Tibbiyotning eng muhim tarmoqlaridan biri bu pediatriya hisoblanadi Pediatriya sohasining ham o'ziga xos etikasi bor Pediatriya bo'limi 1 oylikdan to 16-yoshgacha bo'lgan bolalarni davolashni o'z ichiga oladi Bolalar davolash-profilaktika muassasalari tizimida bolalar kasalxonasi alohida o'rin tutadi Albatta bolalar shifoxonasi davolash-profilaktikasining birinchi o'rinli ahamiyatga ega qismi hisoblanadi Chunki bolalar kasalxonasining qay holatda ta'mirlanishi va yasatilishi, vrachlar xonasining o'ziga xos jihozlanishi, bemor bolalarni kayfiyatiga ta'sir ko'rsatadi Shuning uchun kasalxonani ta'mirlashda atrof-muhitni va barcha bo'lim xonalarini turli xildagi

bolajonlarni ko'nglini ko'taradigan multik rasmlar va aksessuarlar bilan jihozlash kerak. Avvalo, birinchi e'tiborni shifoxonaning tuzilishiga qaratish kerak. Bemor bolalarni davolashda yana bir e'tiborli narsalardan biri bu, pediatr vrachlarimizning etikasi hisoblanadi. Vrachning etikasi juda muhim ahamiyatga ega. Pediatrning etikasi bemor bolaning salomatligini mustahkamlashga qaratilgan faoliyatidagi hatti-harakati. Shifokorning etikasi uni bemorga yaqinlashtiradi. Demak, pediatrlar o'z etikasidagi hatti-harakati va muomalasi orqali bemor bolaning ishonchiga kira olishi kerak. Vrach xonasi va uning kiyinish etikasi ham bolani diqqat e'tiborini o'ziga tortishi va bolada qo'rqish hissini yo'qotishi kerak. Eng asosiy vrachlarning vazifasi bu bemor bolalarni ko'ngliga yo'l topib uning ishonchiga kirishidadir. Bola psixologiyasini yaxshi bilgan vrachlar bolalarni davolashda qiyinchilikka uchramaydi. Pediatriya sohasi vrachlari asosan bemor bolaning ota-onasi va yaqinlari bilan bemorning holati haqida muloqot qiladi. Muloqot jarayonida shifokor kamtar va shirinso'z bo'lishi kerak. Bemorning ahvolini va kasallik darajasini to'g'ri tushuntirishi lozim. Vrachning bemor yaqinlari bilan yaxshi munosabati bemorga to'g'ri tashxis qo'yishda muhim ahamiyatga ega. Muloqot jarayonida shifokor kasallikni kelib chiqishini va rivojlanish tarixini bemorni yaqinlaridan bilib oladi. Hozirgi zamon tibbiyot xodimlari nafaqat malakali mutaxassis bo'lishi, balki tibbiy va ma'naviy bilimlar targ'ibotchisi bo'lishi talab etiladi.

Xulosa Xulosa qilib aytganda, bemorlarni davolashda vrachlarning malakasi muhim o'rin egallaydi. Har bir vrach bemorning holati bilan uzviy yondashuvi va bemorlarga to'g'ri tashxis qo'yishi uchun o'z ustida ko'proq ishlashi talab etiladi. Tashxis qo'yish jarayonida zamonaviy texnologiyalardan foydalanish kasallikni yanada chuqurroq o'rganishda yordam beradi. Sog'lom avlod bolalarini yetishtirishda eng avvalo pediatr vrachlarimiz o'z hissalarini qo'shmoqda.

INSON SALOMATLIGIGA TA'SIR ETUVCHI XAVFLI OMILLAR

O.O'roqova

**Andijon Davlat Tibbiyot Instituti “Ijtimoiy va gumanitar fanlari” kafedrasi mudiri,
Andijon Davlat Tibbiyot Instituti “Jarrohlik kasalliklari va fuqaro muhofazasi”
kafedrasi katta o'qituvchisi A.Mamadaliyev Andijon Davlat Tibbiyot Instituti
Pediatriya fakulteti 2-kurs Toxirova Ruxshona**

Annotatsiya: ushbu maqolada birinchi navbatda inson salomatligiga, uning turmush tarziga xavfli ta'sir etuvchi omillar, inson organizmida kelib chiquvchi turli xil kasalliklarning sabablari insonlarning o'ziga va atrof muhit omillariga bog'liqligi, sog'lom turmush tarziga rioya qilish, odamlarda salbiy omillar sababli kelib chiquvchi turli xil kasalliklarni oldini olish, insonlar o'z salomatligiga befarq bo'lishlari oqibatida sog'liklarini yo'qotishi va hayot faoliyatining murakkablashishiga o'zlari sababchi bo'lib qolishlari natijada esa o'z erkinliklarini cheklashlari haqida so'z boradi.

Kalit so'z: inson salomatligi, zararli odatlar, xavfli omillar, kasalliklar, sog'lom turmush tarzi, kasallikni oldini olish choralari.

Hozirgi sharoitlarda atrof-muhit omillari kasallik va jarohatlarga olib keluvchi omillar bo'lishi mumkin. Salomatlik uchun xavflar, zararli, ifloslantiruvchi moddalar ta'siridan kelib



chiqadigan salbiy ta'sirlarning kutilayotgan chastotasi sifatida aniqlanadi Ular havo, suv, tuproq, oziq-ovqat, qurilish va qadoqlash materiallari va boshqalarda bo'lishi mumkin.

Inson salomatligi bu insonning eng katta boyligi hisoblanadi Lekin salomatligimizga ta'sir etuvchi yuqoridagi omillar ham bir qancha Tadqiqotlar natijasiga ko'ra, inson hayotiga xavfli ta'sir etuvchi omillar ro'yxatiga xavfli mehnat sharoitlari ,yolg'izlik, kamharakatlik, uyqusizlik, oftobda toblanish va noto'g'ri ovqatlanishlarni ham qo'shish mumkin

Xavfli mehnat sharoitlari - fizik, kimyoviy, biologik va psixofiziologik omillarning zararli ta'siriga duchor bo'lishlari va ular oqibatida kasb kasalliklarini orttirib olishi, jarohatlanishi, zaharlanishlari yoki xodimlarda mehnat qilish samaradorligini susayishiga olib kelishi mumkin.

Yolg'izlik - bu insonlarning psixologik zo'riqishiga olib keladi Insonlar yolg'iz qolganda e'tibor va mehrga muhtoj bo'lishadi Yolg'izlikda odamlarning tushkunlikka tushishi natijasida unda turli xil kasalliklar va salomatligiga salbiy ta'sir etuvchi jarayonlar ro'y beradi Shaxsiy uchrashuvlar o'rnini egallab borayotgan virtual muloqot inson salomatligiga ijobiy ta'sir ko'rsata olmaydi. Kamharakatlilik - ko'pchilik aqliy mehnat bilan shug'ullanadigan va nogironligi bor insonlar orasida kuzatiladi Hozirgi kunda odamlar ko'p vaqtlarini kompyuter, televizor va rul qarshisida o'tkazmoqda Buning oqibatida, yo'g'on ichak hamda o'pka saratoni, bel og'rig'i va qad-qomatning buzilishiga olib kelmoqda

Uyqusizlik – birinchi navbatda to'yib uxlamaslik ya'ni uyqu siklini buzilishidir Uyqusizlik oqibatida bosh miya neyronlari zo'riqib qoladi Bosh miya ish faoliyatini buzilishi organizmda turli xil kasalliklarni keltirib chiqaradi Uyqusizlik oqibatida insonlarda insult va infarkt kabi yurak qon-tomir kasalliklari yuzaga kelishi mumkin Uyqusizlik payti chekuvchilar uchun juda xavfli hisoblanadi Chunki tamaki mahsulotlari yurak qon-tomir kasalliklari xavfini bir necha baravar oshirib yuboradi. Oftobda toblanish – bu ham xavfli odatlardan biri hisoblanadi Sababi, oftobda toblanish paytida quyoshdan kelayotgan ultrabinafsha nurlari teriga salbiy ta'sir ko'rsatib, teri saratonini keltirib chiqaradi Oftobda ko'p qolish – oftob urishiga olib keladi Natijada, bosh og'rig'i ko'ngil aynish qayd qilish va lanjlikka olib keladi Noto'g'ri ovqatlanish – bu avvalo odam organizmining normativ holatini buzilishiga olib keladi Ko'p ovqat iste'mol qilish birinchi navbatda semirish bilan boshlanadi va semirish natijasida qon-tomir kasalligi, organizmda ortiqcha yog'ning yig'ilishiga olib keladi Ko'p ovqat yeyish mobaynida organizmga ko'p miqdorda uglevodli mahsulotlarning kirishi oqibatida xavfli kasallik qandli diabet kelib chiqadi To'yib ovqat yemaslik esa kamqonlik-anemiyaga sabab bo'ladi To'yib ovqatlanmaslik oqibatida insonlarning immuniteti pasayib har xil kasalliklarga moyilligi ortib ketadi. Atrof-muhit omili - Hozirgi kunda atmosfera havosining ifloslanish darajasi ortib bormoqda, buning natijasida ozon qatlamida tuynuklar hosil bo'lmoqda Atmosferaning zararlanishiga inson faoliyati ham, tabiat hodisalari ham sabab bo'lmoqda XXI asr urbanizatsiyasining rivojlanishi oqibatida ko'plab korxona va zavodlar barpo qilingan Avtomobillar soni kundan-kunga ortib bormoqda Buning natijasida ulardan chiqayotgan turli xil zararli chiqindilar, tutunlar va har xil gazlarning miqdori ortib atmosferaning buzilishiga olib kelmoqda Atmosfera havosining ifloslanishi oqibatida aholi orasida turli xil nafas yo'llari, infeksiya, allergik va hatto o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan kasalliklar paydo bo'lmoqda Zararli odatlar - Odam organizmiga zararli odatlar turli xil alkogol va tamaki mahsulotlari ham kiradi. Alkogol mahsulotlarini ko'p iste'mol qilgan odamlarda og'iz-

qizilo'ngach, o'pka raki va jigar serrozi kabi xavfli kasalliklar vujudga keladi Alkogollar oshqozon devori orqali tez so'riladi va uning natijasida pankreatit, qandli diabet, miokard infarkti va stenokardiyaga sabab bo'ladi. Chekuvchi insonlarda esa, ko'proq qon-tomir kasalliklari uchraydi sababi bitta sigaret chekkan insonning qon-tomirlari 30 minut davomida siqilgan holatda bo'ladi Tamaki tutuni turli xil nafads yo'llari o'smalarini ham rivojlanishiga olib kelishi mumkin

Xulosa: xulosa qilib aytganda, insonlarning hayot faoliyatini yaxshilash uchun birinchi navbatda o'z salomatligi uchun befarq bo'lmasligi uchun salbiy omillar xavfini identifikatsiya qilish Xavflarni oldini olish va undan himoyalaniish , sog'lom turmush tarziga rioya qilish talab qilinadi.

TALABALAR ORASIDA SKOLIOZNING PROFILAKTIKASI

Usmanova Mohinur Dilshod qizi
Qo'qon universiteti Andijon filiali o'qituvchisi
Mirzakamolova Fotima Adhamjon qizi

Dolzarliligi Yoshlar, ayniqsa talabalar orasida umurtqa pog'onasi muammolari sog'liq uchun jiddiy xavf tug'dirayotgani kuzatilmoqda Bu holatga olib keluvchi omillar ko'p sababli bo'lib, davolanishni talab etadi Umurtqa pog'onasida eng ko'p uchrovchi deformatsiyalardan biri bu skolioz Ushbu muammo noto'g'ri qaddi-qomatning shakllanishi, umurtqa pog'onasi shikastlanishlari hamda asab tizimining jiddiy kasalliklariga olib kelishi mumkin Statistika ma'lumotlariga ko'ra, yoshlar orasida skoliotik deformatsiyalar taxminan 1,3 foiz holatlarda aniqlangan bo'lib, bu holatlarda qizlar o'g'il bolalarga qaraganda to'qqiz marta ko'proq bu muammoga moyil. Tadqiqot maqsadi Talabalar orasida skoliozning tashxislash, keltirib chiqaruvchi omillarini o'rganish va profilaktik chora tadbirlarini ishlab chiqish. Metod va materiallar 2024 yilning 15-fevralidan 20-fevraligacha Qo'qon Universitetining Andijon filialida talabalar o'rtasida tadqiqot olib bordik Universitetda umumiy hisobda 435 nafar talaba va 15 ta mavjud bo'lib, biz har bir dan tasodifiy usulda 2 nafar talabani tanlab, jami 30 nafar talabani tadqiq etish uchun ajratdik Stratifikatsiyalashgan klaster namunaviy usuli bilan tanlangan talabalar bilan, ularning va kafedra boshliqlarining roziligi bilan so'rov va klinik tekshiruvlar o'tkazdik So'rovnomamizda asosan talabalarining yoshi, turar joyi, yashash muhiti, faolligi va ovqatlanish odatlari haqida ma'lumot to'plandi Klinik tekshiruvlar davomida esa tana massasi indeksi, yelka qirralarining bir-biriga mos kelishi, belning uchburchak simmetriyasi, qo'l va kurak suyaklarining proportionalligi kabi ko'rsatkichlar o'rganildi. Natijalar Tadqiqotimizga ko'ra, ratsional ovqatlanish tartibini saqlagan, sut va sut mahsulotlarini muntazam iste'mol qilgan, doimiy jismoniy mashqlar bilan shug'ullangan va uyqu gigienasiga amal qilganlar har ikkinchi o'quvchini tashkil qiladi Tana vazni indeksi me'yorida bo'lganlar 43% ni, ortiqcha vaznga ega bo'lganlar 30% ni, vazni yetishmovchiligi borlar 7% ni, birinchi darajali semizlikka ega bo'lgan talabalar esa 20% ni tashkil etdi 27 nafar talabada skolioz belgilari topilmadi Tana vazni indeksi 34-35 (semizlikning birinchi darajasi) bo'lgan, sut mahsulotlarini iste'mol qilmaydigan va sport bilan shug'ullanmaydigan bitta talabada (3.3%) skoliozning tipik belgilari: yelkalararo noto'g'ri proporsionallik,

belning uchburchak simmetriyasi buzilishi, qo'l va yelka suyaklarining mos kelmasligi aniqlandi Qolgan 2 nafar talabada skoliozga moyillik va bir nafarida skolioz aniqlandi.

Xulosa Skoliozning oldini olish uchun ratsional ovqatlanish, jismoniy faollik va uyqu gigienasi zarur, tana vazni normada bo'lishi muhim Tadqiqot bitta talabada skolioz aniqlanganini ko'rsatib, profilaktika va davolashga oid qo'shimcha tadqiqotlarni talab qiladi

HAZM QILISH A'ZOLARI KASALLIKLARI O'TKIR VA SURUNKALI GASTRIT

Usmonov Jamshidbek Rustamjon o'gli

Farg'ona Jamoat salomatligi davolash ishi yo'nalishi talabasi Tadqiqot maqsadi

Gastrit yoxud oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishi eng ko'p uchraydigan inson kasalliklaridan biridir Statistikaga ko'ra, odamlarning taxminan 80-90% ularning hayoti davomida kamida bir marta kasallik epizodini boshdan kechirishgan Keksalik davrida 70-90% gacha kishilar gastritning turli shakllaridan aziyat chekishadi Gastritning surunkali shakli yarali kasallik, oshqozon saratoniga aylanishi mumkin.

Gastrit — bu oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishi bo'lib, kasallik ushbu a'zo vazifalarining buzilishiga olib keladi Gastrit sodir bo'lganda oziq-ovqat yomon hazm qilinadi, bu esa kuchsizlik va energiya yetishmasligiga olib keladi Gastrit, ko'pchilik kasalliklar kabi, o'tkir va surunkali shaklda kechadi Bundan tashqari, gastrit me'da shirasi nordonligining pasaygani, normal va yuqoriligi bilan farqlanadi..Hozirgi kunda gastritni asr kasalligi deb atash mumkin Undan kattalar ham, bolalar ham birdek aziyat chekmoqda Bu tadqiqotdan maqsad gastrit kasalligining oldini olish va uni davolash bo'yicha ko'nikmalarga ega bo'lishdir.

Tadqiqot tahlili

Gastrit patologiyaning rivojlanishiga sababchi bo'lgan turli xil ichki va tashqi omillar bilan tavsiflanadi Klinik jihatdan yallig'lanish shaklida (o'tkir yoki surunkali) kechadi O'tkir yallig'lanish qisqa muddat davom etadi Konsentratsiyalangan kislotalar, ishqorlar va boshqa kimyoviy moddalar bilan oshqozon shilliq qavatining shikastlanishi xavfli oqibatlariga (o'limga) olib kelishi mumkin Kasallikning surunkali shakli oshqozon shilliq qavatining atrofiyasi bilan xavflidir Natijada, oshqozon bezlari normal ishlamay qo'yadi Sog'lom hujayralar o'rniga atipik hujayralar paydo bo'la boshlaydi Oshqozon shilliq qavatini o'z- o'zini tiklash muvozanating buzilishi — oshqozon yarasi va saratoni rivojlanishining sababchilaridan biridir.

Oshqozon — ovqat hazm qilish tizimining eng nozik qismi hisoblanadi Unda kamida uchta murakkab hazm qilish jarayonlari mavjud: oziq-ovqat to'ppasining mexanik aralashuvi, oziq-ovqat mahsulotlarini kimyoviy parchalash va oziqa moddalarining so'rilishi.

Gastritda ko'pincha oshqozonning ichki devori — shilliq qavati shikastlanadi Ushbu qavatda bir-birini bartaraf qiluvchi hazm qilishning ikki komponenti — me'da shirasi va himoyalovchi shilliq ishlab chiqariladi.

Oshqozonda ovqat hazm qilinishi — organizmning nozik sozlangan biokimyoviy jarayoni hisoblanadi Bu oshqozon shirasining normada nordon pH muhiti (uning asosiy komponenti xlorid kislotasi) bilan tasdiqlanadi, shuningdek, uning turli qismlarida nordonlik ko'rsatkichlarining farq qilishi bilan ham Yuqori nordonlik (pH 1,0-1.2)



oshqozonning boshlang'ich qismida kuzatiladi, past nordonlik (pH 5.0- 6.0) esa oshqozonning ingichka ichak bilan ulangan joyida O'n ikki barmoqli ichakda esa pH ishqoriy muhitga ega. Gastritda yoqimsiz his — jig'ildon qaynashi — birinchi navbatda, oshqozon-ichak trakti bo'limining biron qismida kislota-ishqor muvozanati buzilishi natijasi sanaladi Bundan tashqari, oshqozonning alohida qismlarida kislota muvozanatining me'yoridan chetlashishi — past yoki yuqori nordonlik kuzatiladigan gastrit patogenezining asosida yotadi. Hazm jarayonida qo'pol ta'sir: oziq-ovqat va kimyoviy zaharlanish, me'daga safro chiqarilishi, ichak infeksiyalari, ayrim dorilari muntazam qabul qilish, gazlangan, alkogolli ichimliklar va boshqa omillar oshqozon shilliq qavati holatiga salbiy ta'sir ko'rsatadi Mikroba omili gastrit rivojlanishiga jiddiy ta'sir qilishi isbotlangan. Hazm qilish jarayoniga qisqa muddatli salbiy ta'sirlar quyidagi tabiatili o'tkir yallig'lanish shaklidagi klinik belgilar bilan cheklanadi: 1 Kataral; 2 Fibrinoz; 3 Nekrotik; 4 Flegmonoz. Natija

Gastrit har xil alomatlar bilan tavsiflanadi, biroq aniq namoyon bo'lmasdan ham kechishi mumkin Eng o'ziga xos belgisi — epigastriya (qorinning yuqori qismi) sohasidagi og'riq bo'lib, ayrim oziq- ovqatlar, suyuqliklar va oshqozonga salbiy ta'sir qiluvchi dorilar qabulidan keyin kuchayadi Ba'zan og'riq ovqatlanishlar oralig'ida kuchayadi Gastritda achchiq oziq-ovqat, alkogolli ichimliklar, gazlangan ichimliklar va shu kabi boshqa mahsulotlar qarshi ko'rsatiladi, ularni iste'mol qilish kasallikning kuchayishiga olib kelishi mumkin. Muhim, biroq, doimiy bo'lmagan gastrit belgilariga jig'ildon qaynashi, qayt qilish va kekirish kiradi Kasallik ba'zida oshqozon damlanishi va tez-tez gaz ajralishi bilan namoyon bo'ladi Yuqorida keltirilgan belgilarning ikkitasi yoki undan ko'pi qorin og'rig'i bilan birga kuzatilsa, gastritdan shubhalanishga sabab bo'ladi. Achchiq mahsulotlar, dori va agressiv suyuqliklarning qabulidan keyin qorin og'rig'i boshlanishi ham gastrit mavjudligini ko'rsatadi. Surunkali gastrit belgilarini aniqlash ancha qiyinroq Uzoq vaqt davomida kasallik alomatlari ich ketishi yoki qabziyat, hojat chiqarishning davriy tartibsizligi, tilida karash paydo bo'lishi, tez charchash, qorin qurillashi va meteorizm bilan cheklangan bo'ladi. Surunkali shaklda gastrit, odatda, hayot sifatini pasaytirishidan tashqari bemorning klinik holatiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi Yengil shaklda surunkali gastrit ich qotishi va ich ketishi bilan xarakterlanadi Surunkali shaklda yuqoridagilardan tashqari tez-tez gaz chiqarish, kamqonlik, uyquchanlik, sovuq terlash, kuchaygan peristaltika, og'izdan noxush hid kelishi kuzatiladi.

Xulosa

Gastrit kasalligining oldini olish va davolash uchun quyidagi yo'llar mavjud:

1 To'g'ri ovqatlanish: Gastrit kasalligining oldini olishda eng muhim qismi to'g'ri ovqatlanishdir Yengil va qiziqishsiz ovqatlanish, yuqori yallig'lanish darajasiga ega ovqatlar tanlash, shirinlik va ichimliklardan chekinish, zararli va xushbo'y ichimliklar ichish, yuqori qaynoq va yaqinlikda ovqatlanishga ehtiyot bo'lish kabi amallar ko'rsatilishi kerak.

2 Qora qo'l: Qora qo'l (antibiotiklar) kasallikni yaratgan bakteriyal infeksiyani davolashda foydalaniladi Doktor tomonidan tavsiya etilgan doza va davolash rejimiga amal qilish kerak.

3 Antiasidlar: Antiasidlar, me'da suyuqligining tarkibidagi darajasini pastga tushirishga yordam beradi va me'da qorinini yashiradi Bu kasallikning simptomlarini yengillatish uchun foydalaniladi.

4 Ovqatlanish rejimi: Kasallik davomida ovqatlanish rejimiga ehtiyot bo'lish kerak Qat'iy shartlar bilan to'g'ri ovqatlanish, yengil ovqatlanish, ovqatlarning miqdori va turi,

ovqatlarni bir necha barobar, yuqori qaynoqlar va yaqinlikda ovqatlanishga ehtiyot bo'lish kabi amallar tavsiya etiladi.

5 Stressdan saqlash: Stress gastrit kasalligining simptomlarini kuchaytirishi mumkin Stressdan saqlash uchun yog', meditatsiya, sport va boshqa stressni kuchaytiruvchi faoliyatlar bilan shug'ullanish tavsiya etiladi.

Xulosa qilib aytganda, gastrit kasalligining davolash yo'llari shaxsiy holatingizga, kasallikning shiddati va turiga bog'liq bo'ladi Sifatli va to'g'ri davolash uchun mutlaqo doktor maslahatchisiga murojaat qiling va uning tavsiyalariga amal qiling.

KO'Z KASALLIKLARINI OLDINI OLIISHNING GIGIYENIK AHAMIYATI

Usmonova Yulduz Sherzod qizi

Tibbiy profilaktika fakulteti 3-kurs talabasi Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali. Ilmiy rahbar: assistent Nuraliyeva N.B.

Mavzuning dolzarbligi: Hozirgi kunda aholi orasida gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik natijasida turli xil kasalliklar kelib chiqmoqda Bulardan ayniqsa, ko'z kasalliklari alohida ahamiyatga ega Ko'z kasalliklari ichida keng tarqalgani konyuktivit kasalligidir Konyuktivitning kelib chiqishiga asosiy sabab gigiyena qoidalariga rioya qilmaslikdir Bulardan tashqari telefon, kompyuterlardan me'yorida ortiq foydalanish ko'rish o'tkirligining pasayishiga sabab bo'lmoqda Bu hol ayniqsa, yosh bolalarda ko'p uchramoqda

Maqsad: Maktab o'quvchilarining ko'z kasalliklariga olib keluvchi xavf omillari va kasalliklarning oldini olish bo'yicha gigiyenik bilimni aniqlash. Usul va uslublar: Samarqand va Xorazm viloyatidagi 279 ta maktab o'quvchisi tanlandi Tadqiqotda anketa-so'rovnoma, sotsiologik va statistik usullardan foydalanildi. Natija: Maktab o'quvchilari ko'z kasalliklari va kasalliklarning oldini olish uchun gigiyena qoidalariga rioya qilishini aniqlash maqsadida Samarqand (149 ta) va Xorazm viloyatida (130 ta) so'rovnoma o'tkazildi So'rovnoma uchun 7-8-9-sinf o'quvchilari tanlab olindi. Ko'pchilikka ma'lumki, ko'zlarni ishqalash nafaqat qichish, balki muguz pardaning shikastlanishiga ham olib kelishi mumkin Sababi, bu vaqtda yuvilmagan qo'ldagi mikroorganizmlar ko'zga kirishi, keyinchalik yallig'lanish keltirib chiqarib, ko'rish bilan bog'liq muammolarning yuzaga keltirishi mumkin “Ko'zlarni muntazam qo'llaringiz bilan ishqalash oqibatida infeksiya yuqtirib olish mumkinmi?” deb o'quvchilardan so'ralganda Samarqand viloyatida $85,23 \pm 2,91\%$ ha, $6,04 \pm 1,95\%$ yo'q, $8,72 \pm 5,86\%$ bilmayman deb javob bergan bo'lsa, Xorazm viloyatida esa $78,46 \pm 3,61\%$ ha, $6,92 \pm 2,23\%$ yo'q, $14,62 \pm 3,10\%$ bilmayman deb javob berdi O'tkazilgan so'rovnomada o'quvchilardan “Hozirgi kunda aholi orasida ko'z kasalliklari keng tarqalishiga sabab nima” deb so'ralganda “noto'g'ri ovqatlanish” deb hisoblaydiganlar Samarqand viloyatida $8,72 \pm 2,31\%$ ni, Xorazm viloyatida esa $7,69 \pm 2,34\%$ ni tashkil etdi Samarqand viloyati tog'li zonadan, Xorazm viloyati esa cho'l zonadan iboratligi hammamizga ma'lum Lekin shunga qaramasdan “ekologiya bilan bog'liq” degan javob har ikkala viloyatda ham deyarli bir xil ko'rsatkich qayd etildi Bunga ko'ra Samarqand viloyatida $38,26 \pm 3,98\%$ ni, Xorazm viloyatida esa $34,62 \pm 4,17\%$ ni tashkil etdi “Kompyuter, telefondan me'yorida ortiq foydalanish” deganlar Samarqand viloyatida $91,28 \pm 2,31\%$ ni, Xorazm viloyatida $81,54 \pm 3,40\%$ ni tashkil qildi Maktab o'quvchilari

telefon va kompyuterlarning zararli oqibatlari to‘g‘risida 86,41 % holatda bilishlarini qayd qilishdi, lekin shunday bo‘lsada bu holatni ular oxirigacha tushunishmagan, sababi so‘rovnoma ishtirok qilganlarning aksariyati doimiy ravishda uyali telefondan foydalanishini va buni davr talabi ekanligi bilan izohlashdi O‘quvchilarning telefon ishlatishda gigiyena qoidalariga rioya qilishini aniqlash maqsadida “Xammom va hojatxonada telefondan foydalanasizmi?” deb so‘ralganda quyidagicha javob olindi: Samarqand viloyatida $9,40 \pm 2,39\%$ ha, $76,51 \pm 3,47\%$ yo‘q, $14,09 \pm 2,85\%$ har doim emas, Xorazm viloyatida esa ha $10,77 \pm 2,72\%$, yo‘q $73,85 \pm 3,85\%$, har doim emas $15,38 \pm 3,16\%$ ni tashkil qildi Bilamizki, hammom va hojatxonalarda mikroob, bakteriyalar ko‘p bo‘ladi Shuning uchun bu joylarda uzoq bo‘lish, telefonlardan foydalanish mumkin emas. Xulosa: Shunday qilib, maktab o‘quvchilari telefon va kompyuterlarning zararli oqibatlari to‘g‘risida 86,41 % holatda bilishadi, lekin ahamiyatini to‘liq tushuntirish bo‘yicha ishlar olib borish maqsadga muvofiq sanaladi Telefon, kompyuterlardan me‘yorida foydalanish orqali ko‘rish o‘tkirligi bilan bog‘liq muammolarni oldini olish mumkin STT va gigiyena qoidalariga rioya qilish, to‘g‘ri ovqatlanish turli kasalliklarni oldini olishda va sog‘lom bo‘lib rivojlanishda muhim ahamiyatga ega

KO‘Z ICHI GEMODINAMIKASINI ULTRATOVUSHLI DOPPLEROGRAFIYA TEKSHIRUVIDA KUZATILADIGAN O‘ZGARISHLAR TAHLILI.

Fayziyeva D.B., Qurbonov S.M.

Qurolli Kuchlar Harbiy tibbiyot akademiyasi

Dolzarliligi So‘nggi yillarda bir qator olimlar tomonidan ko‘ruv a‘zosida refraksiya buzilishlarga olib keliuvchi faktorlardan biri sifatida ko‘rish a‘zosida gemodinamik o‘zgarishlar natijasi sifatida ko‘rilmoqda Miopiyada ko‘z tubidagi o‘zgarishlar regionar gemodinamikaning o‘zgarishi oqibatida turli asoratlarga olib kelishi mumkin.

Maqsad Ultratovush dopplerografiya yordamida yuqori darajali miopiyada markaziy to‘r parda arteriyasida qon oqimining miqdoriy ko‘rsatkichlarining xususiyatlarini aniqlash.

Materiallar va usullar Bemorlar ikki ga ajaratib olinib ko‘zdagi regionar gemodinamik o‘zgarishlarni taqqoslama tahlili o‘tkazildi Birinchi da yuqori darajali miopiya bilan xastalangan 28ta bemorlar (54ta ko‘z)dan tashkil topgan Ulardan 7ta bemorda asoratlangan miopiyaning turli darajalari bilan kuzatilgan: I darajali miopiya bilan – 3ta ko‘z, II - darajali miopiya bilan 4ta ko‘z, III – darajali miopiya bilan 3ta ko‘z, IV – darajali miopiya bilan 4ta ko‘z Nazoratida 10ta jinsi va yoshi bilan taqqoslanadigan sog‘lom emmetropik ko‘z bilan ko‘ngillilar olingan Barcha tekshiriluvchilarda to‘r parda markaziy arteriyasida qon aylanishini ultratovushli dopplerografiya yordamida tekshirildi (maksimal, o‘rtacha va minimal chiziqli qon oqimi tezligi, puls indeksi va qarshilik indeksi).

Natijalar Nazoratida to‘r parda markaziy arteriyasida qon oqimining maksimal chiziqli tezligining o‘rtacha qiymatlari 11sm/s ni tashkil etdi, asosiy da ular statistik jihatdan 0,8 sm/s pasayishni ko‘rsatdi Pasayish darajasi ko‘z tubida kuzatilgan og‘ir o‘zgarishlar darajasi, yosh va miopiyaning darajasiga bog‘liq edi.

Xulosa Yuqori darajali miopiyada to‘r parda markaziy arteriyasida qon aylanish chiziqli tezligining sezilarli darajada pasayishi kuzatildi, bu holat ayniqsa yoshi katta bemorlarda va ko‘z tubida og‘ir sezilarli o‘zgarishlari bor bemorlarda kuzatildi.



KRANIOFASIAL ANOMALIYALARI BOR BOLALARNING FIZIOLOGIK KURSATGICHLARI

Xalmanov B.A., Suvonov K.J

**xirurgik stomatologiya va dental implantologiya kafedraci
Toshkent davlat stomatologiya institute.**

Annotatsiya: Hozirgi kunda stomatologiyasida o'tkir muammolardan biri yuz-jag anomaliya va deformasiyalarni erta aniqlash va keltirib chiqaruvchi har xil omollarni urganib, ularni kanchalik urganilmasin shunga kup muommolar echimi ochiqligicha qolmoqda va dolzarb muommolardan biridir Mamlakatimiz mintaqalarida bolalarda va usmirlarda uchraydigan yuz-jag anomaliyalariga moyilligi bor bolalarda va usmirning ijtimoiy holatlari kursatgichlari to'liq o'rganilmagan Buhoro viloyati kesimida bolalarga atrof muhitning tasiri, onalarning homiladorlikni kanday kechirganligi, maktab talablarini uzlashtirish darajasi va sportdagi kursatgichlarini urganish dolzarbdir.

Kalit so'zlar: Stomatologik kasalliklar, anomaliyalar, deformasiyalar, tasirchanglik.

Tatqiqot maqsadi: Anomaliyaga moyilligi bor bolalarda va usmirning ijtimoiy holatlari kursatgichlarini urganish. Materiallar va usullar: Tatqiqot obektlari 7 yoashgacha va 22 yoshgacha bulagan bolalar va usmirlardir. Shulardan 45,1% o'g'il bolalar bulsa 54,9% qiz bolalardir. Bu kursatgich 44,6% 11 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan bolalardir. Oldimizga qo'yilgan vazifani bajarishda bolalar va usmirlar orasida tasirchanglik uchrashi 37,7%da uchraqan bulsa 64,3% bolalar normal qabul qiladi atrof muhit tasirotlariga. Bu usmir va bolalarda maktab fizkultura darslarida va sport tugaragidagi kursatgichlari urtacha 12,9%da alo kursargich bulasa, 83,4% bolalarda yahshi kursatgichga egadirlar, shu bilan birga qoniqarsiz va yomon kursatgichga egalar bir foyizga yaqin kursatgichlilardir. Ushbi kurib chiqilayotgan obektlarimizning maktab darsliklarini uzlashtirish kursatgichlari biroz boshqacha kurinishga egadir. Alo baxolarga bor yugi 22,3% bolalar kursatgich, urtacha baxolarga esa 21% bolalar va yomon kursatgichli bolalar atiga 1% ga yaqinini tashkil qiladi. Asosan bunday bolalar yashi kursatgichlarga ega. Shundan kelib chiqib bolalarda tish-jag tizimi funksional buzilishlari hamda yuz-jag nuqsonlarini tashhislash va boho berish bolalarning social yashash tarziga ham bogliqligini kurish mumkin. Bolalarda ortodontik davo choralaeriga muhtoj qatlamida ularning yashash tarsi ham muhim ahamiyat kasb etadi. Bolalarda va usmirlarda uchraydigan tasirchanglik, maktab fizkultura darslarida va sport tugaragidagi kursatgichlari urtacha meyorlar bilan ifodalangan. Maktab darslarini yomon uzlashtirish atiga bir foyiz atrofida uchraydi.

MAXALLIY TARQALGAN ME'DA SARATONI XIRURGIK DAVO NATIJALARINI BAXOLASH

**Xasanov D.Sh Shuhratbekov J.D.
Andijon davlat tibbiyot instituti.**

Mavzuni dolzarbliigi: Me'da saratoni onkologik kaslliklar strukturasida dunyoda yetakchi o'rinni egallab, zamonaviy tibbiyot dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda. O'zbekistonda mazkur kasallik xavfli o'smalar ichida stabil 2-o'rinda turibdi. Tibbiyot

rivojlanib borishiga qaramasdan me'da saratoni bilan bemorlar asosiy kismi kasallik o'tkazib yuborilgan bosqichlarida aniqlanmoqda Maxalliy tarqalgan me'da saratoni xirurgik davo natijalari qoniqarli baxolab bo'lmaydi Bemorlar asosiy qismi radikal operatsiyadan keyin xam kasallik progressiyasi, retsidivi bilan vafot etmoqda Shunday qilib, me'da saratoni radikal davolash bo'yicha tadqiqotlar olib borish dolzarb masala bo'lib qolmoqda. Tadqiqot maxsadi: Maxalliy tarqalgan me'da saratoni xirurgik davo natijalarini yaxshilash. Material va uslublar: Tadqiqot 2018-2023 yillarda RIORIATM Andijon filialida me'da saratoni tashxisi bilan davolangan 51 nafar bemor kuzatuv natijalariga asoslangan Tadqiqotga kiritilgan bemorlarni 3 ta ga bo'lib o'rganilgan: 1-guruxida radikal operatsiya o'tkazganlar 23 nafarni (57 %) tashkil etgan, 2-kichik gurux oksaliplatin-kapetsitabin rejimida ximioterapiya olganlar 17 (31%) tashkil qildi va 3-kichik da dotsetaksel-tsisplatin-ftoruratsil rejimida ximioterapiya olganlar 11 nafarni (12%) tashkil qilgan. Tadqiqot natijalari: Maxalliy tarqalgan me'da saratonida prognostik kechish yomon xususiyatga ega bo'lgan infiltrativ o'sish varianti-87,5%ga, gistologik differentsirovkasi G-3, G-4 varianti 69,5%ga ko'p uchraydi Me'da total zaralanishida o'smani 2 va undan ko'p a'zolarga tarqalishi 65,2% ni, faqat 1 ta a'zo o'sib kirishi me'da yukorgi 3/1 qismi o'sma bilan zararlanganda 66,2%ni tashkil qiladi Maxalliy tarqalgan me'da saratonida xirurgik davodan keyingi asaoratlar 25,6% xollarda kuzatilsa, operatsiyadan keyingi o'lim 5,8%ni tashkil qiladi Maxalliy tarqalgan me'da saratonida bemorlar 5 yillik yashash ko'rsatkichi 17,4%ni tashkil qilib, yashovchanlik medianasi 12 oy Maxalliy tarqalgan me'da saratonida 3-4ta a'zolari rezektsiyasi amalga oshirib o'tkazilgan kombinatsiyalashagan operatsiyalar uzoq natijalari qoniqarli emasligini ko'rsatdi Eksplorativ va simptomatik operatsiyalarga nisbatan palliativ operatsiyalar bevosita va uzoq natijalari sezilarli yaxshiligini ko'rsatdi Xulosa: Maxalliy tarqalgan me'da saratonida xirurgik davodan keyingi asaoratlar 25,6% xollarda kuzatilsa, operatsiyadan keyingi o'lim 5,8%ni tashkil qiladi Maxalliy tarqalgan me'da saratonida 3-4ta a'zolari rezektsiyasi amalga oshirib o'tkazilgan kombinatsiyalashagan operatsiyalar uzoq natijalari qoniqarli emasligini ko'rsatdi.

JIGAR ENSEFALOPATIYASI

Hokimov Bosimjon Shuhrat o'g'li

**Toshkent tibbiyot akademiyasi 2-bosqich talabasi Pediatriya stomatologiya xalq tabobati va tibbiy pedagogika fakulteti Ilmiy rahbar Nurmatova Nargiza
Fatxullayevna**

Annotatsiya: Jigar ensefalopatiyasi – bu jigar xavfsizligi va shunga oid davolanishni o'z ichiga olgan jarayon U jigar funktsiyasining halok bo'lishi, yoki o'zgartirilgan jigar funktsiyasi tufayli odamning intellektual va davlat tuzumidagi halokatlarga olib kelishi bilan belgilanadi Bu jarayonning ilmiy o'zgarishlari va klinik asoslari hali aniq ravishda tushunilishgan emas.

Kalit so'zlar: Jigar ensefalopatiyasi, tiklab qolishni ta'minlash, kasalliklar, dori vositalari, jigar funktsiyasi. "Sirojni Etot Jigar Ensefalopatiyasi: Asosiy Tuzilish va Davolash Yo'nalishlari" Jigar ensefalopatiyasi klinik belgilari ikki qismga bo'linadi: akut va kronik Akut jigar ensefalopatiyasi, jigar toksikologik jarayonlari, shu jumladan jigar yetarlichasini o'zgartiruvchi kasalliklar yoki jigar transplantatsiyasi o'tqazilishiga olib keladigan har xil

turiy deformatsiyalar va qanday qilib hodisaga olib kelishi mumkin Kronik jigar ensefalopatiyasi esa, jigar yetarlichasini o'zgartiruvchi kasalliklar, shu jumladan qon oqimi olish sharoitlarida ko'proq ajratiladigan toksinlarning jigar kisimiga zarar yetkazishi oqimiga olib keladi. Jigar ensefalopatiyasi asosan jigar faoliyatining tuzilishiga o'zgartirishlar bilan bog'liq, o'ziga xos belgilarga ega bo'ladi Uning belgilari o'rtacha nazoratning ustida yetishmaydi va o'g'ir ko'rsatishlar yoki qiziqarli ko'rsatishlarni oshirishi mumkin. Davolash odatda jigar funksiyasini buzilganligi va jigar o'zi o'zini tiklab qolishni ta'minlash bilan boshlanadi Bu, jigar transplantatsiyasi, ravshanlash, dori vositalarining ishlatilishi va qon oqimi olishning amaliy ko'rsatkichlari shu jumladan qon oqimi olishning amaliy ko'rsatkichlari orqali o'tkaziladi. Jigar ensefalopatiyasi komplikatsiyalar bilan bog'liq bo'lib, ular intellektual va o'zgacha haliatlar, jigar yetarlichasining to'liq buzilishi, chilanchirish va jarrohlikni ta'sir etishi mumkin Bu jarayonlar davolashni muammolarini o'z ichiga oladi va kuzatish, nazorat va klinik diagnostika usullarini mustahkamlashtirish talab etadi. Insonlarda jigar ensefalopatiyasi bilan bog'liq xirurgiy, klinik va fundamental tadqiqotlar davom etmoqda, shuningdek, bu jarayonlarni nazorat qilish, ularga qarshi kurashish va davolashning yangi usullari ham rivojlantirilmoqda Bu jarayonlar shunday kasalliklar sifatida qaraladi va ularni nazorat qilish va uni davolashda katta muammolar mavjudligini ko'rsatadi.

CHAQALOQLARDA UCHRAYDIGAN SEPSIS KASALLIGINING O'ZIGA HOS XUSUSIYATLARI VA UNGA QARSHI KURASHISH CHORA-TADBIRLARI

Shermatova N.B O.A.Eshqobilov
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali.

Mavzuning dolzarbligi: Men tanlagan mavzuning dolzarbligi shundaki, ushbu kasallik bilan kasallangan chaqaloqlarda o'z vaqtida aniqlanmagan taqdirda, o'lim holati kuzatiladi Shuni takidlash lozimki, ushbu kasalliklari o'z vaqtida aniqlansa ham davolashdan so'ng, o'zidan yomon asoratlarni keltirib chiqaradi Misol uchun, 2023-2024-yil davomida Surxondaryo viloyatida Patologik anatom buyrosida autopsiya qilingan murdalar soni 335 tani tashkil qiladi Bulardan ushbu kasallik bilan ochilgan murdalar soni 34 tani tashkil etadi Shuning uchun ushbu kasallikni aniqlash va oldini olish chora-tadbirlarini ko'rish juda ham muhim deb bilaman

Tadqiqotning maqsadi: Bolalarda va chaqaloqlarda uchraydigan sepsis kasalligining oldini olishga qaratilgan profilaktika kansepsiyasini ishlab chiqish va kasallanganlar sonini kamaytirish. Tadqiqot usullari: Laboratoriya belgilari: Gematologik uzgarishlar (leykotsitoz neytrofillarni chapga siljishi donali neytrofillar, anemiya, EChT tezlashini Bakteriologik tekshirishda (gemakulturaning musbatligi) Serologik (aglutinatsiya reaksiyasi 3-4 marotabaga oshishi Immunologik (Immunoglobulin A ning yuqolishi immunoglobulin G ning kamayishi, O limfotsitlar soni ko'payadi og'ir sepsisda). Natijalar: Sepsis kasalligiga chalingan chaqaloqlar va bolalarda quydagi belgilar namoyon bo'lishi bilan kechadi: Ishtahani pasayishi yoki anoreksiya, tana og'irligini pasayishi, burun-lab atrofida sianoz, akrotsiano, giporefleksiya, xansirash, taxikardiya yurak tonlarining bug'iqligi, bemorning tashqi ko'rinishi septik xabitus bo'lishi, adenamiya, gemoragiya bo'lishi, piodermiya, jigar va taloqning kattalashishi Sepsisga chalingan

bolalarda quyidagi davolash muolijalari qo'llaniladi: Makroorganizmlarning reaktivlik xolatini kutarish, mikroorganizmlarning sezuvchanligini xisobga olib antebakteralar, yiringli o'choqlarni jarroxlik yo'li bilan tozalash, dezintoksikatsion infuzion terapiya, detoksikasiyaning ekstrakorporal usullar (plazmaforez, gemosorbsiya, gemofiltratsiya, splenosorbsiya) va bolani ratsional ovqatlantirish muhim o'rin egallaydi ayniqsa ona suti bilan boqish suniy ravishda ona sutiga yaqin aralashmalar berish kerak.

Xulosa: Izlanish natijalarimdan shuni bildimki sepsis kasalligi haqda profilaktika chora tadbirlarni olib borish Turmushda shikastlanishlarni oldini olish va chaqaloqlarni parvarish qilishda aseptik, antiseptik qoidalariga rioya qilishimiz va qonda immunoglobulinlarni aniqlashimiz kerak Natijaga ko'ra davolash ishlarini olib borishni talab etadi Agarda organizimga tushgan bakteriyal infeksiyani vaqtida anqilab unga qarshi antibakterialni terapiyani o'tkazsak bakterialni infeksiyaga qarshi antitanacha hosil bo'ladi Bolalardi har 6 oyda bakterialni infeksiyaga tekshirtirib turushi lozim.

TO'LIQ RETENSIYAGA UCHRAGAN VA ATIPIK JOYLASHGAN QOZIQ TISHLARNI KOMPLEKS DAVOLASH

**Shaamuhamedova F.A., Ne'matova M.A., Baxtiyorova M.I Toshkent
Davlat stomatologiya instituti “Ortodontiya va tishlarni protezlash” kafedrası.**

Tadqiqotning dolzarbligi: Doimiy tishlarning chiqish vaqti va holatining anomaliyalari orasida eng ko'p kuzatiladigani yuqori qoziq tishlarning o'z vaqtida chiqmasligi hisoblanadi Tishlarning o'z vaqtida chiqmasligi follikulyar kistaning rivojlanishiga, qo'shni tish ildizlarining rezorbsiyasiga olib kelishi mumkin va bu holat murakkab ortodontik va jarrohlik davolashni talab qiladi Doimiy tishlarning chiqish vaqti va holatining anomaliyalari yuz-jag' sohasining morfologik, funktsional va estetik buzilishlarga sabab bo'ladi va 4 dan 18% gacha holatlarda uchraydi Klinikada qoziq tishlar retensiyasi eng ko'p uchraydi 51% Frontal tishlar retensiyasi (ayniqsa, qoziqlar) yuz estetikasini buzadi, tish yoyining bir tomonga surilishiga sabab bo'lishi mumkin Tadqiqotning maqsadi: Klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki tishlarning o'z vaqtida chiqmasligi follikulyar kistalar rivojlanishiga, yaqin atrofdagi ildizlarning rezorbsiyasiga olib kelishi mumkin Shu sababdan retensiyaga uchragan tishlarni davolashning kompleks usullarini ishlab chiqish tadqiqotning asosiy maqsadi hisoblanadi Tadqiqot usullari: klinik, rentgenologik(KT), antropometrik, instrumental Tadqiqot materiallari: Toshkent Davlat stomatologiya instituti "Ortodontiya va tishlarni protezlash" kafedrası klinikasiga bemor A., 20 yosh, taxminan 5 kun oldin 1.1 tishida tishlashda noqulaylik shikoyatlari bilan keldi va klinik, antropometrik, rentgenologik tadqiqotlardan o'tkazildi Tadqiqot natijalari: Anamnezdan ma'lum bo'ldiki bemor A sog'lom ota-onaning yettinchi farzandi bo'lib dunyoga keldi U odatdagidek o'sdi va rivojlandi 12 yoshida ko'rish o'tkirligi pasayishi bilan bog'liq muammo paydo bo'ldi Tekshiruvda chap ko'zda ambliopiyaning yuqori darajasi aniqlangan Hech qanday davolash o'tkazilmagan Tashqi ko'ruvda: yuzi simmetrik, terisi toza, nafas olish erkin, burun orqali Og'iz bo'shlig'ini tekshirishda: tish formulasi: 7654321 | 124567 765431 | 134567

1.1 dan 2.1 orasidagi o'rta chiziq chap tarafga 3 mm siljigan 2.2 va 2.4 orasida 3mm trema mavjud Pastki jag' tish qatori simmetrik 1.1 tish intakt, perkussiyada biroz og'riqli Kompyuter tomografiyasida quyidagilar aniqlandi: 2.1 tishning alveolar o'simtasida 2.3 tish

toji joylashgan 2.1 tishning ildiz uzunligining 1/2 qismi yaqqol ko'ringan 3.2 va 4.2 tishlarning kurtaklari yo'q Chap yuqori qoziq tishning toji 2.1 tish ildizining rezorbsiyalangan qismida va qisman 1.1 tish ildizining apikal sohasida joylashgan Tomogrammaning sagittal kesimida 2.3 tish old va orqa yo'nalishda gorizontol holatda joylashgani aniqlandi Retensiyaga uchragan qoziq tishning toj qismi vestibular sohada, ildizi esa infraorbital suyakda joylashgan 2.3 tish toji atrofida 1,5 mm gacha bo'lgan masofada suyak to'qimasi yo'q 2,3 tishning toji 1.1 tish ildizining apikal qismga tayanadi Tomogrammaning aksial kesimida 2.3 tish yuqori jag' suyakda ko'z soqqasi va burun devorining medial burchagi darajasida joylashgan Toji esa - alveolyar o'simtaning yuqori qismida joylashgan Tishlarning qimirlash darajasini o'rganish "Periotest" qurilmasi yordamida olib borildi O'rganilayotgan tishlar tayanch to'qimalarining chidamliligi bemorga gorizontol yuklanish berib ko'rganimizda faqat 2,1 tishda kamaydi (indeks +12 edi, fiziologik normada +9 gacha).

O'tkazilgan tadqiqotlarga asoslanib tashxis qo'yildi: 2.3 retensiyasi, follikulyar kista, 3.2 va 4.2 tishlarda adentiya, ortognatik prikus

Ikkita davolash rejasi tuzildi Birinchi variant quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- a) yuqori jag' tishlarga breket tizimini qo'llash;
- b) 2.1 tishlarni olib tashlash;
- c) 2.3 tish tojiga ta'sir qilish va uning ortodontik ekstruziyasi;
- d) 2.1 tish o'rniga qoziq tishni tushirgandan so'ng 2.3 tish tojini 1.1 tish toji anatomik shakliga ko'ra charxlash

Ikkinchi variant quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- a) yuqori jag' tishlarga breket tizimini qo'llash
- b) retensiyaga uchragan qoziq tishni olib tashlash
- c) ortodontik davo tugaganidan so'ng 2.1 tish kanaliga endodonto-endoossal implant o'rnatish

Bemor bilan kelishilgan holda, ikkinchi variant tanlandi Afzalligi esa qisqaroq muddat va davolanishdan keyin estetikaning kamroq buzilishi

Yuqori jag'ga breket tizimini qo'llaganimizdan so'ng jarrohlik aralashuvini amalga oshirdik: yuz terisiga antiseptik bilan (70% spirt) ishlov berilgandan keyin 0,06% xlorgeksidin eritmasi bilan og'iz bo'shlig'iga ishlov berildi Infiltratsion va infraorbital anesteziya o'tkazildi Vestibular tomondan yoysimon kesma o'tkazildi Shilliq qavat va suyakusti parda ajratildi va dolota yordamida retensiyaga uchragan tishning toj qismi ochildi Fissur bor yordamida tish ikki qismga ajratildi va har biri alohida alohida qilib olib tashlandi Suyak yarasi antiseptik bilan ishlov berildi va follikulyar to'qimalarning qoldiqlari tozalandi Bo'shliq osteoplastik material va gemostatik gubka bilan to'ldirildi Ketgut choklar qo'llanildi va yupqa rezina drenaj qoldirildi (bir sutkadan keyin olib tashlandi)

Operatsiyadan keyingi davrda sovuq tavsiya etilmaydi, og'riq uchun ketonal va antiseptiklar (loroben) bilan yuviladi.

Operatsiyadan keyingi dastlabki uch kun ichida bemorning umumiy ahvoli qoniqarli, tana harorati normal, yumshoq to'qimalarning shishi yo'q, og'riq kamaygan 1.1 va 2.1 tishlar perkussiyada g'riqsiz Nuqson to'liq suyaklanganidan so'ng va

ortodontik davo tugaganidan so'ng 2.1 tishga endodonto-endoossal implant o'rnatish rejalashtirildi Xulosa: Retension tishlarning holati va joylashishi, ushbu tish anomaliyasining sabablari va uning oqibatlari turli xil Shundan kelib chiqib har biri uchun

davolash rejasi alohida tanlanadi Tishlarning o'z vaqtida chiqmasligi follikulyar kistalar rivojlanishiga va atrofdagi ildizlarning rezorbsiyasiga olib kelishi mumkin Shuning uchun o'z vaqtida chiqmagan tishlarni erta aniqlab uni tashxislash va davo choralarini qo'llash juda muhimdir Retensiyaga uchragan tishlarni davolashda ortodontik va xirurgik usullar birgalikda qo'llansa yanada samaraliroq bo'ladi

TRAUMATOLOGIYA VA ORTOPEDIYA INNOVASION USULLARI VA TEKNOLOGIYALARINI AMALIYOTGA TATBIQ ETISH.

Eminjonova M.A., Davlatov B.N.
Andijon davlat tibbiyot institute

Mexanik shikastlanishning o'sish tendensiyalari, jarohatlar va ularning asoratlarini tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini ishlab chiqish va ularni joriy etish zarurati, yuqori malakali mutaxassislarni tayyorlash sohada ko'rsatilayotgan tibbiy yordam darajasini oshirish zaruratini belgilab berdi O'z navbatida mutaxassislar ushbu sohada aholi salomatligini muhofaza qilish, sohasidagi islohotlarning umumiy samaradorligini oshirishga mas'uldirlar.

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini 2019-2025-yillarda rivojlantirish konsepsiyasining hayotga tatbiq etilishi hamda mamlakatimizda mahalliy tibbiyot, travmatologiya va ortopediyaning barcha yo'nalishlarini rivojlantirishga alohida e'tibor qaratilayotgani tufayli mamlakatimizda sifat jihatidan yangi bosqichga ko'tarildi

So'nggi 10-15 yil ichida yuqori texnologiyalarni qo'llanish natijasida mintaqa va hududiy tibbiyotning o'sishi va jadal rivojlanishi kuzatilinmoqda

Bu o'z navbatida zamonaviy jarrohlik texnologiyalari va mushak-skelet tizimi operatsiyalarni bajarish uchun texnik vositalar, jarohatlarni davolashda yangi usullari qo'llash imkonini berdi Masalan, aholi o'rtasida keng tarqalgan kasallik – yirik bo'g'imlarning artrozini davolash maqsadida amalga oshiriladigan endoprotez (sun'iy bo'g'imlarni implantatsiya qilish) operatsiyasi, tizza bo'g'imlarining shikastlanishlari va kasalliklarida artroskopik tashrixlar keng tarqalgan amaliyotga aylandi.

Mamlakatimizda davlatimiz rahbarining 2023-yil 27-fevraldagi “Nogironligi bo'lgan shaxslarni qo'llab-quvvatlash tizimini takomillashtirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida”gi qaroriga asosan aholining ehtiyojmand qatlamini zamonaviy protez-ortopediya buyumlari va reabilitatsiya vositalari bilan ta'minlashga erishildi

Aholini ijtimoiy muhofaza qilishning yagona reestriga kiritilgan ushbu toifadagi shaxslarning 60 foiziga, shu jumladan 1- nogironligi bo'lgan shaxslarga chet el texnologiyalari asosida ishlab chiqarilgan oyoqlar uchun yuqori sifatli zamonaviy protez-ortopediya buyumlari bepul beriladi.

Andijon viloyati travmatologiya bo'limi shifokorlari hamda ADTI Travmatologiya va ortopediya kafedrasi mutaxassislari ham yuqori texnologiyali operatsiyalarni amalga oshirmoqda: bular suyak shikastlanishlarni davolashda minimal-invaziv jarrohlik usullari, son va tizzani endoprotezlash, artroskopiya yordamida tizza bo'g'imining diagnostikasi va jarrohlik amaliyoti 2023-yil boshidan buyon ADTI “Travmatologiya va ortopediya” kafedrasi bazasi Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filiali



mutaxassislari hamkorligida 30 turdagi yuqori texnologiyali jarrohlik aralashuvlar tatbiq etilib, 315 nafar bemorga o'tkazildi.

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi mutaxassislari bilan birgalikda 27 ta, ixtisoslashtirilgan markazlardan 19 ta, xorijiy tibbiyot markazlari shifokorlari ishtirokida 8 ta operatsiya o'tkazildi. Shu sababli barcha bemorlarni tashxislash va davolanish turar joylarida amalga oshirish imkoniyati yaratildi.

Keyingi yillarda Andijonlik shifokorlar turli markazlarda, jumladan, xorijda: Akademik G.A. Ilizarov nomidagi Travmatologiya va ortopediya milliy tibbiy tadqiqot markazi, R.R. Vreden nomidagi Rossiya travmatologiya va ortopediya ilmiy-tadqiqot instituti (Sankt-Peterburg), Travmatologiya va ortopediya ilmiy tekshiruv instituti (Moskva), Turkiya va Koreya davlatlarida o'z tibbiy malakalarini oshirib kelishdigan faoliyat olib borishdi.

Zamonaviy asbob-uskunalar, ilg'or texnologiyalar, doimiy malaka oshirish kurslari, bemorlarning bepul davolanishi mamlakatimiz sog'liqni saqlash sohasining yutug'idir. Kafedra kadrlar salohiyati ham shunga mos, hozirda respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filialida 2 nafar tibbiyot fanlari doktori va 3 nafar tibbiyot fanlari nomzodi va 2 nafar fanlari doktori (PhD) faoliyat ko'rsatmoqda. Bugungi kunda kafedrada "Travmatologiya va ortopediya" yo'nalishi bo'yicha 4 magistr va 4 nafar klinik ordinatlar tahsil olmoqda. Bu farg'ona vodiysi tibbiy yordam ko'rsatish sifatini oshirishning imkonini beradi.

Davlatimiz rahbarining 2021-yil 26-iyuldagi "Aholiga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini yanada oshirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qarori asosida Qo'rg'ntepa va Shaxrixon hududiy tibbiyot birlashmasi tarkibida tumanlararo qo'shma shikastlanishlar va o'tkir qon tomir kasalliklari markazi tashkil etildi.

Kafedra hodimlarining bevosita ishtiroki asosida viloyatning tuman va shaharlar aholisi uchun tibbiy ko'riklar orqali amaliy yordam ko'rsatilib kelinmoqda.

ADTI "Travmatologiya va ortopediya" kafedrasida hodimlari doimiy ravishda ilmiy izlanishlar olib bormoqda. So'nggi 5 yil ichida ular 10 dan ortiq original davolash usullarini ishlab chiqdilar va amaliyotga tatbiq etdilar, 50 dan ortiq ilmiy maqola va tezislari, fanga oid o'quv qo'llanmalar va monografiyalar chop etildi.

Shuningdek, minimal invaziv jarrohlik bo'yicha mahorat darslari va maslahatlar o'tkazildi.

Yuqorida qayt etilgan ma'lumotlar asosida O'zbekiston ortopedlari va travmatologlari ko'plab jarohatlar va patologiyalarni davolashda yuqori natijalarga erishmoqda, hozirda innovation usullari va texnologiyalarini amaliyotga tatbiq etish natijasida aholiga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini oshirish imkonini yaratildi va bunda institut va kafedra hodimlari ishtiroki salmoqlidir.



FUNKSIONAL DISPEPSIYALARNI PROTON NASOS INGIBITORLARI BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Eraliyev I.I Saliev D.Q
OSHT-kafedrası
Andijon davlat tibbiyot instituti

Tadqiqot maqsadi: Funksional dispepsiya (FD) larni proton nasos ingibitorlari bilan davolash samaradorligini baholash.

Tadqiqot materiali va usullari: Tadqiqot FD (MKB-10, K-30) klinik tashxisi bilan ADTI klinikasi Gastroenterologiya bo'limida statsionar sharoitda davolanayotgan 18-55 yoshlar orasidagi 30 nafar klinik diagnostik tahlillariga ko'ra H.pylori manfiy bo'lgan larida o'tkazildi Bemorlar 10 kun davomida medikamentoz terapiya (omeprazol standart doza) yordamida davolandi Bemorlarni obektiv va subektiv shikoyatlari baholangan xolda proton nasos ingibitori preparatlarining samaradorligi baholandi. Tadqiqot natijalari: Oshqozon Funksional dispepsiyasi bilan og'rigan bemorlarni davolashda quyidagi davolash rejimi ishlatilgan: omeprazol standart doza (20 mg) dan kuniga 2 maxal ovqatlanishdan avval ichga qabul qilish uchun 10 kun buyurildi Bemorlar shartli ravishda 3 ga bo'lindi: Birinchi - og'riq simptomi kuchli ifodalangan 21 nafar bemorlar i, Ikkinchi - 5 nafarda zarda bo'lish belgilari ustun bo'lgan bemorlar i, Uchinchi - 4 nafarda ko'ngil aynishi simptomlari bilan xarakterlangan bemorlar Davolash boshlanishidan oldin: Birinchi 6 nafar bemorlar epigastral og'riq xarakterini kuchli, 13 nafar bemorlar mo'tadil 2 nafar bemorlar og'riqni yengil baholashdi Ikkinchi - 5 nafar bemorda ovqatlanishdan so'ng zarda bo'lish.Uchinchi - 4 nafar bemorda yengil ko'ngil aynishi qayd etilgan Davolanish kursi (10 kun)dan so'ng tekshirilayotgan bemorlar ida quyidagi natijalarga erishildi: Birinchi - 14 nafar (66,67%) da og'riq sindromi to'liq to'xtatildi, 5 nafar (23,8%) da kamaydi, 2 nafar (9,53%) da esa davom etdi Ikkinchi - Zarda bo'lishi esa 3 nafar (60%) bemorda to'xtadi 2 nafar (40%) bemorda davom etdi va bemorlar buni parxezga rioya qilmagani bilan va faqat 1 nafar (20%) da shikoyatlari davom etdi va bemor bu xolatni ko'p asabiylashish xolatlari bo'lgani bilan bog'ladi Umumiy natija: birinchi da og'riq 66,67% ga, ikkinchi da zarda bo'lishi 60% ga, uchinchi da esa ko'ngil aynishi sezilarli 80% ga bartaraf etildi.

Xulosa: O'tkazilgan kichik ilmiy tadqiqot natijalariga asoslanib shuni aytishimiz mumkinki, proton nasos ingibitorlari samarasi FDning asosiy simptomlarini bartaraf etishda sezilarli darajada ijobiy ta'sir ko'rsatdi.

JIGAR SIRROZI KASALINI ANIQLASH VA TASHXIS QO`YISH.

F.D Eshmatova O.A Eshqobilov
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filliali.

Tadqiqot maqsadi:Jigar sirrozi surunkali rivojlanib boradigan oxiri o'lim bilan tugaydigan og'ir xastalik.Butun dunyoda 40mlnga yaqin odam jigar sirrozidan va gippatoserkulyar karsinomadan o'lim holati kuzatilmoqda.Ilmiy tekshirishlar shuni ma'lum qiladiki, jigar sirrozi erkaklar orasida ayollarga nisbatan ikki barobar ko'proq uchrashi sababi, spirtlik ichimlik istemol qilishidir Natijasida etanolning bevosita toksik ta'siri

oqibatida avval o'tkir alkogolli gepatit va jigarining yog'li distirofiyasi hamda mezenximal reaksiya fibroz kuzatiladi. Jigar sirrozi sekin rivojlanadigan surunkali kasallik. Kasallikning qaysi shaklda kechishi uning davriga bog'liq. Jigar yetishmovchiligi va funksiyasini buzilganligiga qaramay kishida uzoq vaqt xastalik alomatlarini sezmay yurishi natijasida jigar hujayralari o'z faoliyatini to'xtatishi va o'rmini biriktiruvchi egallashi va qattiqlashishi oqibatida jigar o'z vazifasini bajara olmaydi. SHu sababli insonda xushyorlik va e'tibor talab etiladi.

Tadqiqod materiallari va usullari: Jigar sirrozi surunkali rivojlanadigan va jigar to'qimasining yallig'lanishi natijasida yuzaga keladi Jigar sirrozi kasallikni eng so'ngi bosqichi jigarining o'tkir yallig'lanishi gepatitda B,C,D shakllarda o'tkir gepatit surunkali gepatitga aylanayotgan paytga bezgak, sil, zahm, o't pufagi va o't yo'llarining surunkali yallig'lanishida dorilar va turli kimyoviy moddalardan muntazam zaharlanishdan shuningdek, haddan tashqari spirtli ichimliklar iste'mol qilishi natijasida, jigar hujayralari o'ng tomonida kuchli og'riq, qorin shishi, qattiq charchoq, ko'karishlar shakllanishi kaftlarning qizarishi kabi belgilar kuzatiladi. Jigar sirrozida jigarining o'z funksiyasi buziladi, bunda organizm toksik moddalar bilan kurasha olmaydi, natijada ovqat hazim qilish buziladi, oqsillar yog'lar, uglevodlar, ishlab chiqarilishi to'planishi kamayishida, ichki qon aylanish ishdan chiqib jigar yetishmovchiligi kuzatiladi. Alkogollik jigar sirrozi, virusli jigar sirrozi (surunkali virusli gepatitning asoratlari natijasida yuzaga keladi), dorivor jigar sirrozi, toksik jigar sirrozi (kimyoviy moddalar bilan zararlanganda yuzaga keladigan) turlari ham mavjud. Natijada jigar sirrozida astit (qorin bo'shlig'ida suyuqlik to'planishi) taloqning kattalashishi, uning faoliyati kuchayishida leykotsitopeniya, trombotsitopeniya va kamqonlik yuzaga keladi. Qon zardobida jigar faoliyatining ko'rsatkichlarining o'zgarishi disproteinemiya, gipoxolestirinemiya, disimmunoglobulinemiya kabi, o'zgarishlar yuzaga keladi. Jigar sirrozida oshqozon va qizilo'ngachdan qon ketishi, sariq kasalligi, jigar ensefalopatiyasi, jigar saratoni kabi xavfli asoratlarni ham guvohi bo'lamiz. Tadqiqot natijalari: SBPning erta klinik tashxisi, patologik diagnostikasi va infeksiyaga qarshi davolash har doim qiyin muammo bo'lib kelgan. Kengaygan va shoxlangan venoz kollaterallar angiografiya, kompyuterli tomografiya, ultrarovushli tekshiruv yoki jarrohlik aralashuvi davomida tekshiriladi. Ba'zan kerak bo'lganda jigar MRT va jigar tomirlari dopplerometriyasi o'tkazilishi mumkin. An'anaviy davolash asosan jigar hujayralarini shikastlanishdan himoyalash, safro ajralishini rag'batlantirish, modda almashinuvi buzilishlarini tuzatish uchun farmatsevtik vositalarni qo'llashdan iborat. Shubhasiz, bu bemorning ahvolini yaxshilaydi, ammo kasallikning rivojlanishini to'xtata olmaydi. Agar yuqorida ko'rsatilgan muolajalar yordam qilmasa, jigar ko'chirib o'tkazish (transplantatsiya) amalga oshirilish zarur.

Xulosa: Jigar sirrozi turli xil xavfli asoratlarga olib keladi va butun organizm faoliyatini buzilishiga sabab bo'ladi. Kelib chiqish sababi jigar funksiyasining butunlay ishdan chiqishi, kasallikning turiga bog'liq bo'ladi. Shu sababli kasallikning etiologiyasi va patogenezini bilish shart. Ularga tayangan holda kasallikning olidini olish va samarali davolash ishlab chiqaradi. Patsientga sitostatik va glukokortikoidlarni yuborib jigar faoliyatini tiklaymiz. Bundan tashqari, metabolizmni yaxshilaydigan dorilar, dezentaksikatsiya terapiya, siydik haydovchi preparatlar, antibakterial dori vositalar qabul qilish natijasida jigar hujayralarini tiklash va oldini olishga yordam beradi.



JIGAR SIRROZI KASALINI ANIQLASH VA TASHXIS QO'YISH.

**Respublikamiz Hududida Uchrovchi Homila Ichi Infeksiyasi Torch-Infeksiya
Diagnostikasi H.Sh.Yuldasheva O.A.Eshqobilov
Toahkent Tibbiyot Akademiyasi Termiz filiali**

Annotatsiya. Prenatal davrning infeksiyon kasalliklarini homila qizilchasini, toksoplazmasi, tsitomegaliya va mikoplazmoz infeksiyalarini sababi ta'riflanishini mehanizmini bilish bu yuqumli kasalliklarda homila o'lim sabablarini aniqlash hamda baholash Yuqumli kasalliklarning patomorfologiyasini rivojlanishi homilaning qaysi davrda shikastlanishiga bog'liq Fetal davrida rivojlanadigan ineksion fetapatiyalarning o'ziga xos xususiyatlari quyidagilar

1. Homila organizmida to'qimalar yetilishining sekinlashuvi
2. Homila immun javobining sustligi
3. Biriktiruvchi to'qimaning ortiqcha miqdorda hosil bo'lishi
4. Homilada infeksiyon generalizatsiyalashgan shakllarining rivojlanishi
5. Infeksiyani ko'pincha gemoragik diatez bilan kechishi

Homilada mahalliy immun tizim sistemasi kuchsizligi sababli fetal davr oxirida rivojlanuvchi yallig'lanishlar asosiy belgisi alterativ mahsulotli bo'ladi.

Kalit so'zlar Toksoplazmoz oddiy herpes , sitomegaliya virusi ,mikoplazma, ko'z konyuktiviti spontan abort mikrosefaliya meningoenfalelit

Dolzarliligi Homiladorlikni rivojlantirish har bir ayol uchun mas'uliyatli jarayon bo'lib, o'z ichiga farzandning sog'lom, benuqson tug'ilishi uchun oldindan tayyorgarlik ko'rish choralari oladi Xo'sh agar xavf ko'rinmas shaklda bo'lsachi bunday ko'rinmas xavflardan biri TORCH infeksiyadir O'tgan asrning 70-yillarida alohida infeksiyalar i ajratildi Ularning o'ziga xos xususiyati shundaki, kattalar va bolalar ugun nisbatan zararsiz bo'lib homilador ayollar uchun o'ta xavfli hisoblanadi Ushbu ga kiritilgan infeksiyalar lotincha nomlarining birinchi harflariga ko'ra TORCH infeksiyalari deb ataladi Aslida, insonda bu infeksiyalar bolalikdan mavjud bo'lishi mumkin va umri davomida u jiddiy zarar keltirmaydi, Ammo ayol homiladorlik vaqtida immunitet pasayishi hisobiga bu kasallik o'zini namoyon qiladi TORCH infeksiyalarini ayollar homiladorlik paytida yuqtirganda, ular homilaning barcha tizimlari va organlariga ayniqsa markaziy asab tizimiga zararli ta'sir ko'rsatishi, homila tushishi, o'lik tug'ilishi va bolaning tug'ma nuqsonlari xavfini oshirishi mumkin. Tug'ruq paytida va tug'ruqdan keying davrda herpesning qaytalanishi ham vaxfli bo'lishi mumkin Aslida homiladorlik boshlanmasdan 2-3 oy oldin uni rejalashtirish jarayonida tahlil topshirish va musbat natija chiqsa, virusga qarshi dori-darmon qabul qilish zarur TORCH idagi infeksiyalarning salbiy tomoni shundaki ularning organizmda mavjudligi alomatlar umuman kuzatilmassligi yoki kam namoyon bo'lishi mumkin Jumladan toshma isitma kabi klinik belgilardan tashxis qo'yish qiyinchilik tug'diradi TORCH infeksiya bilan tug'ilgan chaqaloqda infeksiyani tez aniqlash oson emas Chunki ularning ko'pi birinchidan alomatsiz kechadi, ikkinchidan yuqoridagi alomatlar boshqa kasalliklarda ham namoyon bo'lishi mumkin O'zbekiston respublikasi miqyosida oxirgi paytda TORCH infeksiya keng tarqalganini inobatga olgan holda homiladorlikka tayyorlanayotgan har bir ayol urug'lanishdan oldin o'zida TORCH infeksiya yo'qligini tekshirtirib olishi zarur Agar mavjud bo'lsa undan tuzalmaguncha homilador bo'lmasligi kerak Undan tashqari erkaklar



ham bunga mas'ul bo'lishi homilador ayolga TORCH infeksiyani yuqtirib qo'ymasligi ham muhim sanaladi Aks holda bo'lajak homila nobud bo'lishi yoki nuqson bilan dunyoga kelish ehtimoli nihoyatda yuqori bo'ladi

Asosiy qism TORCH infeksiya ayol va erkakda ham bo'lishi mumkin Ayollarda TORCH infeksiya homila tushib qolishi, tug'ma nuqsonli bola tug'lishi va ko'p asoratlarga sabab bo'lsa erkaklarda sperma rivojlanishiga tasir qilib uning ko'rsatkichlarini buzadi va ularda farzand ko'rish ehtimolini pasaytiradi Ba'zida homiladorlik yaxshi kechadi, chaqaloq vaqtida tug'iladi va hammasi yaxshidek ko'rinadiyu, bir necha kun o'tgach bola ahvoli og'irlashadi shunda bolatug'ilganda onasidan TORCH infeksiya yuqtirib olgan bo'lishi mumkinligi tekshiriladi Homila bachadonda rivojlanayotgan payti u infeksiyalarga bardoshli bo'la olmaydi Onaning qonida infeksiya bo'lsa bolaga qon orqali o'tadi Natijada homila nobud bo'lishi yoki chala tug'lishi yoki o'zi infeksiyaga chalinib tug'lishi mumkin Alohida infeksiya haqida to'xtaladigan bo'lsak ushbu ga kiritilgan infeksiyalar lotincha nomlarining birinchi harflariga ko'ra TORCH infeksiyalari deb ataladi Ushbu qisqartma quyidagicha TO-toksoplazmoz R-qizilcha rubella C-sitomegalovirus cytomegalovirus H-gerpes herpes simplex virus

Toksoplazmoz – antropozoonoz infeksiya orttirilgan va tug'ma harakterda bo'ladi. Toksoplazmoz butun dunyo aholisi orasida juda keng tarqalgan U bilan zararlangan odamlar 6 dan 90 foizgacha qismini tashkil qilmoqda Mamlakatimizning ayrim tumanlarida umumiy aholiga qaraganda 5 dan 50 foizgacha odamlar toksoplazmoz bilan infitsirlanadi Biroq infitsirlangan aholi orasida kasallikning klinik shakli kam namoyon bo'ladi shundan 3-5 foizi ayollarda uchrab kelmoqda Odam uchun infeksiya manbai uy termik ishlovi kam bo'lgan go'sht nahsulotlari va uy hayvonlari ayniqsa mushuklar hisoblanadi Kasallikning orttirilgan shakli kattalar va katta yoshdagi bolalar kasallanadi Tug'ma toksoplazmoz bilan homila va yangi tug'ilgan chaqaloqlar kasallanadi Homiladorlik vaqtining o'tishi bilan infeksiyani transplatsentar yo'l bilan yuqishi shunchalik ortib boradi Birinchi shakli tug'ma toksoplazmoz homiladorlikning 9-28 haftalarida homilani infitsirlanishidan kelib chiqadi Bolaning bosh miyasi yaxshi rivojlanmagan holda meningoensefalit bilan tug'lishi mumkin Infitsirlanish 29-haftasidan boshlansa bola tug'ilguncha kasallikning ikkinchi shakli rivojlanadi Tugma toksoplazmozni uchinchi shakli tug'ishdan oldin yoki tug'ish davrida zararlanishdan kelib chiqadi.

Homila Qizilchasi- ko'plab paroklar va homila to'qimasida nekrotik proliferativ o'zgarishlarga sabab bo'luvchi infeksiyalardan biri Qizilcha bilan kasallangan onadan virusning yuqishi ko'pincha homiladorlikning 8 haftaligida kechadi. Homila organizmiga virus platsenta orqali gematogen yo'l bilan kirib boradi Rubeolyar embriopatiya uchun Gregga triadasi harakterli bo'lib eshitish a'zolari ko'z olmalari va yurak shikastlanishi, ko'p hollarda mikrotsefaliya tug'ma katarakta mikroftalmiya, buftalm, Shlemov kanali glaucoma simptomi siliar tana gipoplaziyasi shu kabi bir qator kasalliklarni keltirib chiqaradi Bundan tashqari bosh miya yarimsharlarining turli bo'limlaridagi angiomatozi produktiv nekrotik – ensefalit, miyaning proliferatsiyasi natijasidagi mayda glioz o'choqlari katta yarim sharlar oq moddasida nekroz natijasida kista va kalsifikat hosil bo'lishi produktiv vaskulitni kuzatamiz Terida produktiv dermatit perivaskulyar limfogistiotsitar infiltrat, giperkeratoz va dermada gemoragiylar kuzatiladi

Sitomegalo virus- ushbu infeksiya ko'pincha o'pich va jinsiy aloqa orqali o'tadi Ba'zida havodan ham o'tish ehtimoli bor Bu infeksiyani onadan bolaga o'tish ehtimoli 5



foizni tashkil etadi va uning salbiy ta'siri ayniqsa 20- haftasigacha bo'lgan davrida yuqori bo'ladi Ushbu infeksiyani alomatlari ayolda bilinmasada homilaga virus yuqqanini uning jigar faoliyati buzilishi, kamqonlik bosh miyaning suv bilan qoplanishi bolada aqliy jismoniy faoliyatini buzilishida namoyon bo'ladi Keyinchalik epilepsiya eshitish muammolari va aqliy zaiflik rivojlanishida namoyon bo'lishi mumkin.

Homilada herpes virusi- Herpes virusi homilador ayolga homiladorlik davrida birinchi bor yuqsa, ya'ni ayolni unga nisbatan immuniteti bo'lmasa uning homilaga bo'lgan salbaiy tasiri yuqori bo'ladi Agar herpes virusi homilaga 10-haftasigacha yuqsa homilaning o'limi yoki tushishi ro'y brishi mumkin Yokida homilador ayol bu davrda herpes virusini qayta yuqishiga duch kelsa u holda virusni homilaga ta'siri bo'lmasligi mumkin, lekin homiladorlik kechishi qiyinlashadi , Bolani saqlan qolish uchun maxsus muolajalar talab etilishi mumkin Tug'ma herpes shaklini ko'rib chiqadigan bo'lsak teri shilliq qavatlar butun badanga toshadigan vezikulyar toshmalar yuzda oyoq -qo'llarda qo'l va oyoq kaftida 2-3 yoki 1,5 oy davom etuvchi toshmalar toshadi Ko'pincha uchratishimiz mumkin bo'lgan asoratlar jumlasiga suv ko'payib ketishi, homiladorlik to'xtatilishi, homila tushib qolishi, qorin ichi infeksiyasi, o'z-o'zidan abort, o'lik bola tug'ilishi, chala tug'ilish, tug'ilganda tana vazni pastligi kabi holatlarga duch kelishimiz mumkin Herpes bilan og'riganda infeksiyani homilaga o'tish xavfi 50 foiz infeksiya qaytalanganda yoki belgisiz kechganda 0-4 foizgacha xavfi bo'ladi

Xulosalar Ushbu infeksiyani aniq tashxislash uchun qonda immunoglobulinlarni aniqlashimiz kerak bo'ladi Natijasiga ko'ra davolash ishlarini olib borishni talab etadi Agar ayol organizmi virusni vaqtida yengsa ularga qarshi antitanachalar hosil bo'ladi Shuningdek, bu homiladorlikdacha davo va profilaktika choralarini ko'rishga, ayolning salomatligini kelgusida homiladorlikdagi natijalar bilan solishtirish imkonini beradi Homiladorlik davrida ham ginekolog tavsiyasiga ko'ra TORCH infeksiyani tekshirtirib turishi lozim

TIBBIYOT OLIYGOHLARI TALABALARIDA SOG'LOM TURMUSH TARZIGA OID BILIMLARNING SHAKLLANISH DINAMIKASI

Yunusova N.B, Kamiljanov I.I., Kurbanbayeva G.T.

Ilmiy rahbar – assistent Temirova D.U.

Andijon davlat tibbiyot institute

Tadqiqotning maqsadi Talabalarda sog'lom turmush tarziga oid bilimlarning shakllanishini dinamikada baxolash.

Material va uslublar Tadqiqot Andijon davlat tibbiyot instituti Tibbiy profilaktika ishi va Xalq tabobati yo'nalishida tahsil olayotgan jami 40 nafar talabalarda, mahsus tuzilgan savolnomalarga olingan javoblarni tahlil qilishdan iborat bo'ldi Xulosalar, tadqiqot materiallarini dasturga binoan saralash va ular asosida hisoblab chiqarilgan intensiv ko'rsatkichlarga tayanilgan holda shakllantirildi.

Tadqiqot natijalari Talabalik yillari bo'lajak mutahasisning undagi kasbiga doir mahoratning shakllanganlik darajasi, jumladan bilim va tajriba ko'lamining keng va mustahkamligi jismonan baquvat, kuchli, ma'naviy boyligi, uni talabalik yillarida qanday demografik, ijtimoiy-iqtisodiy, psixologik, qonunlar va tashkilotchilikning amalda faol

majmuasi ta'sirida tarkib topadi Ayni paytda, bugungi kunda talabalarning yashash sharoiti, turmush tarzi, sihat-salomatligi va ijtimoiy faolligini chuqurlashtirilgan va dinamikada baholash uchun ilmiy asos bo'la oladigan ma'lumotlarning kamligi e'tiborni tortadi Ayniqsa, ularning sog'lom turmush tarziga oid bilimlari ko'lamini shakllanishining dinamikasini o'rganishga doir tadqiqotlar kam yoritilgan Ana shu bo'shliqni to'ldirishga bag'ishlangan tadqiqotlarimiz 2021-2022 va 2023-2024 o'quv yillarining boshlarida olib borildi 2021 yil sentyabr oyida o'tkazilgan tadqiqotlarning natijalari:

Fizkultura va sport bilan shug'ullanish 30 (75,6%); To'g'ri ovqatlanish 25 (63,5%);

Mehnat jamoasi va uyda gigiyena me'yorlariga muvofiq keladigan sharoitni yaratish va sanitariya qoidalariga rioya qilish 9 (22,6%); To'laqonli dam olish 9 (24,9%); Immunitetni saqlaydigan va mustaxkamlaydigan amallarni bajarish 15 (39,7%); Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish 29 (73,4%); Sog'liqqa zararli odatlardan forig' bo'lish 31 (78,4%); Doimo yuqori ko'taringlik kayfiyatida bo'lishga harakat qilish 10 (26,3%); Sihatgoh va turistik destinasiyalarda davolanish va dam olish 0 (00, 00%). 2023 yil sentyabr oyida o'tkazilgan tadqiqotlarning natijalari: Fizkultura va sport bilan shug'ullanish 38 (95,6%); To'g'ri ovqatlanish 31 (78,5%); Mehnat jamoasi va uyda gigiyena me'yorlariga muvofiq keladigan sharoitni yaratish va sanitariya qoidalariga rioya qilish 18 (46,6%); To'laqonli dam olish 19 (48,9%); Immunitetni saqlaydigan va mustaxkamlaydigan amallarni bajarish 27 (67,7%); Shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish 37 (93,4%); Sog'liqqa zararli odatlardan forig' bo'lish 39 (98,4%); Doimo yuqori ko'taringlik kayfiyatida bo'lishga harakat qilish 18 (46,3%); Sihatgoh va turistik destinasiyalarda davolanish va dam olish 5 (13,2%).

Xulosa Talabalik yillari, yoshlarda sog'lom turmush tarzini shakllantirishda muhim omil ro'lini o'ynaydi.

TENIARINXOZ TARQALGANLIGI VA UNING PROFILAKTIKASI

Yusupov Sh.Sh., Rasulov Sh.M
Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali.

Teniarinxoz - surunkali kechishga moyil, ko'proq oshqozon-ichak yo'lining yuqori qismini jarohatlash bilan kechadigan gijja kasalligidir Teniarinxoz hom va chala pishirilgan, tirik parazit g'umbaklari-finna bilan zararlangan mol va cho'chqa go'shtlaridan yoki sistitserkoidlar bilan zararlangan - kabob, chuchvara, somsa, manti, ijjan taomlari orqali yuqadi

Kasallanishning ko'p yillik dinamikasining tahlili epidemik jarayon tendensiyasini, davriylikni va nomuntazam (epizotik) tebranishlarni o'rganish imkoniyatlarini beradi O'zbekiston Respublikasida teniarinxoz bilan kasallanish darajasini dinamikada o'rganish maqsadida O'zbekiston Respublikasi Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va jamoat salomatligi xizmatining 1999-2020 yillar davomidagi rasmiy ma'lumotlari retrospektiv tahlil qilindi.

O'zbekiston Respublikasida 1999-2020 yillar davomida jami teniarinxoz kasalligi bilan 19545 nafar bemorlar ro'yxatga olingan bo'lib, kasallanganlarning 100 ming aholiga nisbatan intensiv ko'rsatkichi turli yillarda 0,8 – 9,47 bo'lganligi aniqlangan.



Tahlilning dastlabki yili - 1999 yilda respublikamizda teniarinxoz bilan kasallanishning intensiv ko'rsatkichi – 9,47 tashkil qilgan va tahlil etilayotgan yillar mobaynida eng yuqori ko'rsatkichni tashkil qilgan 2000 yildan boshlab kasallanish ko'rsatkichida pasayish tendensiyasi kuzatilgan bo'lib 2020 yilga kelib intensiv ko'rsatkich 0,8 ni tashkil qilgan, bu 1999 yilga nisbatan kasallanishning 11,8 martaga kamayganligini ko'rsatadi. Tahlil etilayotgan yillar mobaynida respublika miqyosida kasallanishning nomuntazam tebranishlari qayd etilgan bo'lib, 2007 yil 100 ming aholiga nisbatan intensiv ko'rsatkichi 1,8 ga teng bo'lgan.

Kasallanish ko'rsatkichlarining yildan yilga kamayib borishi teniarinxoz bilan kasallangan bemorlarning chet davlatlarga borib davolanib qaytishi va viloyat tumanlaridan shahar markazlariga kelib davolanishi, kasallanganlarning ro'yxatga olinishidagi ayrim kamchiliklar bo'lishi mumkin.

Kasallanishning ko'p yillik dinamikasini hududlar bo'yicha 12 ta viloyat, Toshkent shahri va Qoraqalpog'iston respublikasi miqyosida jami kasallanganlar soni va 100 000 aholiga nisbatan kasallanishning intensiv ko'rsatkichlarini o'rtachasini aniqlaganimizda Respublikamizning turli viloyatlarida bir tekis tarqalmaganligi aniqlandi. Xorazmda boshqa viloyatlarimiz uchun juda antiqa va sanitariya-gigienik tomondan yeb bo'lmaydigan deb hisoblanadigan ijjon taom bor. Bu xom go'shtni maxsus chinor yoki jiyda daraxtining to'nkasidan tayyorlangan g'o'la (etchopar) ning ustida o'tkir pichoqda chopilib, bolta bilan eziladigan va xomligicha yeyiladigan go'sht qiymasidir. Ijjon tayyorlashda asosan yangi so'yilgan qo'y go'shtidan foydalaniladi, qo'ylar esa exinokokkning asosiy oraliq xo'jayini xisoblanib, kasallikni yuqtirish omillaridan biridir. Xorazm viloyatida kasallanish ko'rsatkichi 100 ming aholiga nisbatan har xil yillarda 4,6 – 71,18 oraliq'ida uchrab, respublikamizning boshqa hududlariga nisbatan 1999-2020 yillarda, ya'ni barcha yillarda kasallanish ko'rsatkichi yuqori bo'lgan.

Kasallanish ko'rsatkichining bu darajada o'zgarishiga Xorazm viloyatida go'sht va go'sht mahsulotlarini sanitariya-veterinariya nazorati to'g'ri tashkil qilinmaganligi, Xorazm milliy taomi bo'lgan ijjanni iste'mol qilish juda keng tarqalganligi bilan izohlanadi. Hozirgi kunda aholi orasida sanitariya targ'ibot ishlaring olib borilishi natijasida ijjan taomining iste'moli kamaytirilgan, qo'y va mollarning so'yilishi sanitariya-veterinariya nazorati tomonidan qisman tartibga solingan. Bundan tashqari Xorazm viloyatida teniarinxozning faol epizootik o'choqlari mavjud bo'lib, ma'lum bir hududlarda kasallikning endemik tarqalganligini ko'rsatadi. Profilaktik chora-tadbirlar: - invaziyalanganlarni faol aniqlash maqsadida aholini tibbiy ko'rikdan o'tkazish (xavfli ga mansublarni rejali profilaktik, qolganlar – epidemiologik ko'rsatma bo'yicha); ularni hisobga olish va degelmintizatsiyasi, davolanganlarni dispanser kuzatuvi, gijjalardan to'liq holis bo'lgunicha nazorat qilish; - aholining uyushgan lari, turli chorva ho'jaliklarning sanitar holati, umumiy ovqatlanish korxonalarni faoliyatini nazorat qilish; - biogelmintozlar - teniarinxoz, tenioz va sistitserkozlarni oldini olish chora-tadbirlari bo'yicha aholi o'rtasida keng ko'lamda sanitar - targ'ibot ishlarni olib borish - teniarinxoz va tenioz “so'rov” yo'li bilan hamda 1 yilda 1 marta chorva xo'jaliklari xodimlari (cho'ponlar, sut sog'uvchilar, chorva boquvchilar) va ularning oila a'zolari, qushxona xodimlari va qassoblar, oshpazlar laborator tekshiruvlari bilan aniqlanadi. Hayvonlarda sistitserkoz topilgan xududlardagi invaziya manbaini va zararlantiruvchi darajasini aniqlashda aholini so'rov va laboratoriya usullarida, necha marotaba tekshirilishi va hajmi xududiy SEO va JSX parazitologi tomonidan aniqlanadi. Atrof muhitni

gelmint tuxumi bilan ifloslanishidan himoya qilishga qaratilgan chora-tadbirlar - aholi yashash joylarida kommunal jihatdan obodonlashtirish, hojatxonalarni qurish va ta'mirlash, uy hayvonlarni tartibli saqlashdan (daydi itlarga qarshi kurash) iborat Ushbu chora-tadbirlar nazorati sanitar-epidemiologik xizmati xodimlari (kommunal va ovqatlanish gigienasi vrachlari, epidemiologlar, parazitologlar), veterinariya va obodonlashtirish bo'limlari xodimlari tomonidan xamkorlikda olib boriladi.

PNEVMONIYA BILAN OG'RIGAN BOLALARDA O'TKIR GERPETIK STOMATIT VA KOMPLEKS DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGI

Qudradova S.O'

**Abu Ali ibn Sino nomidagi, 2-boqich biotibbiyot fakulteti talabasi
Buxoro davlat tibbiyot institute**

Mavzu dolzarbligi: Gerpes infeksiyasi axoli orasida eng keng tarqalgan va nazorat qilib bo'lmaydigan infeksiyalardan biridir. Gerpes simplex virusi(HSV) markaziy va perferik asab sistemalarida, jigar va boshqa parenximal organlar, ko'zlar, teri, oshqozon-ichak traktining shilliq qavati, jinsiy a'zolarida turli kasalliklar, shuningdek, homila patologiyasida muhim ahamiyatga ega. Ko'pincha gerpetik infeksiyaning turli klinik shakllarining kombinatsiyasi kuzatiladi.

Gerpetik infeksiyaning eng keng tarqalgan shakllaridan biri o'tkir gerpetik stomatitdir. OGS og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining barcha lezyonlari orasida birinchi o'rinda turadi va bolalik davridagi barcha yuqumli kasalliklar orasida yetakchi larga kiradi.

Tadqiqot maqsadi: OGS diagnostikasi, klinik ko'rinishlarini baholash, kasallikning differensial diagnostikasini o'tkazish, pnevmoniya bilan og'rigan bolalarda takroriy gerpetik stomotitning paydo bo'lishini oldini olishni, OGS ni umumiy va mahalliy davolashni, profilaktika va epidimiyaga qarshi tadbirlarni o'tkazishni o'rganish.

Tekshirish materiallari va usullari: Buxoro viloyatidagi Bolalar jarrohlik stomatologiyasi klinikasida 2023-2024 yillarda 120 nafar bemor tibbiy ko'rikdan o'tkazildi va davolandi. Barcha kasal bolalarni davolash va kuzatish dinamikasi klinik va laboratoriya tadqiqot usullari o'tkazildi. Anamnezlar, kasal bolalar va ularning ota-onalari shikoyatlari, umumiy klinika va laboratoriya tadqiqotlari asosida "Pnevmaniya bilan o'tkir gerpetik stomotit" tashxisi qo'yilgan. Tekshiruv natijalari: Kasal bolalarning anamnezida: to'g'ri ovqatlanishning o'rni, kuzatiladigan va shu kasallik bilan birga uchraydigan kasalliklar, organizmga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan salbiy omillar aniqlandi. Kasallikning og'irligi kasal bolalarning umumiy holati (intoksikatsiya darajasi, injiqlik, letargiya, adinamiya), haroratning o'zgarishi, ishtahaning holati, oshqozon-ichak traktining ishlashi (ich qotishi va diareyaning mavjudligi) bilan belgilanadi. Yuz va og'iz terisini, og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatini vizual tekshirishda toshmalarning mavjudligi va tabiati, limfa tugunlarining holati aniqlanadi.

OGS bilan og'rigan bolalarda og'iz suyuqligining mikrobiotsenozining buzilishi aniqlangan, bu sog'lom microflora vakillari tomonidan ifloslanishning kamayishi, shartli patogen mikroorganizmlarning urug'lanishining ko'payishi va patogen shtamlar – B^aigeiz va E..^{so}N. OGS bilan og'rigan bolalarda yo'g'on ichakdagi disbiyoz aniqlandi, bu yetishmovchilik bilan tavsiflanadi. Bifidobakteriyalar va laktobakteriyalar, laktoza-musbat

Escherichia, tarkibining ko'payishi laktoza-salbiy Escherichia, stafilokokklar, candida va proteus qo'ziqorinlarining uchrashi kuzatiladi. Og'iz bo'shlig'ini himoya qilishning mahalliy o'ziga xos bo'lmagan omomillarning pasayishi aniqlandi, buning sabablaridan biri mikrofloraning patogenizatsiyasi va og'iz suyuqligi lizozim faolligini pasayishi hisoblanadi.

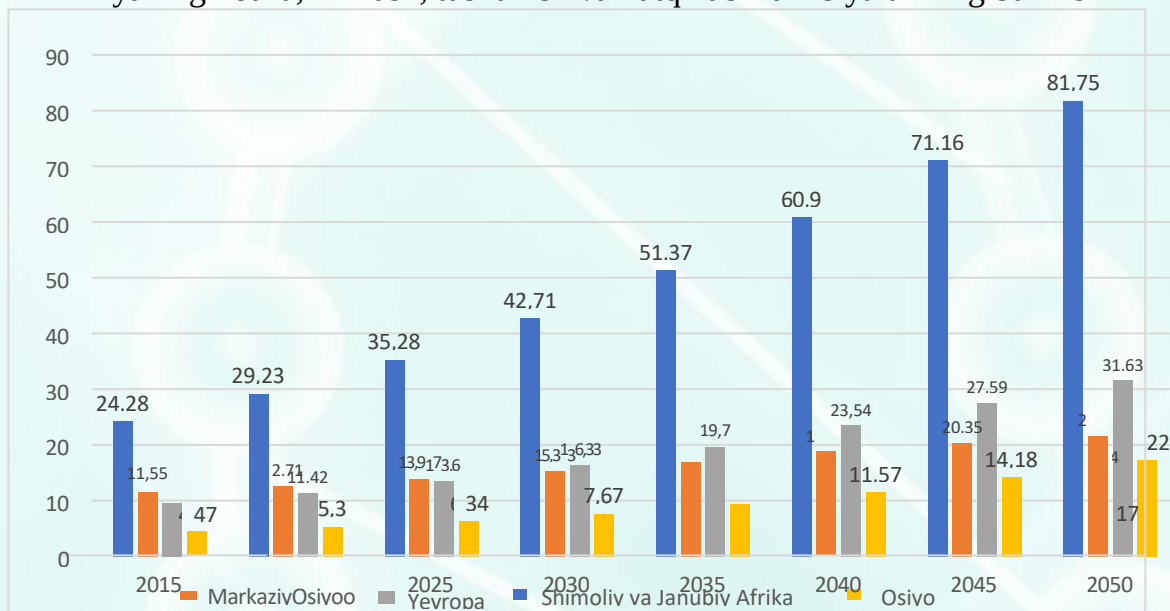
Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining o'tkir yalig'lanishi uning yaxlitligini buzilishi 1>M kansentratsiyasining ortishi va tananing umumiy qarshiligini kuchayishini ko'rsatadi, og'iz bo'shlig'ini himoya qiluvchi mahalliy omillarning pasayishiga javoban adaptiv reaksiya. Bolalarda OGSni kompleks davolashda bifidumbakterin va laktobakteridan foydalanish. Pnevmoniya potogenetik jihatdan tuzaladi va normallashtirishga olib keladi yo'g'on ichak mikroflorasini yaxshilaydi, disbiotik kasalliklarni kamaytiradi, organizmdagi metabolik jarayonlarni yaxshilaydi, imunitetni yaxshilaydi. OGS bilan og'rigan bolalarda yo'g'on ichak mikroflorasini normallashtirish uchun bifidumbakterin va laktobakterinni qabul qilish bilan birgalikda 3% gossypol linimentdan foydalanish klinik ta'sir ko'rsatadi va kasallikning davomiyligini kamaytiradi. O'rtacha shaklda tiklanish muddati 5,1+0,18 va 5,05+0,26 kun.

Xulosa: O'tkazilga klinik va laboratoriya tadqiqotlari natijasida yangi 3% gossipolli bolalarda OGS ni davolash uchun patogenetik asosli sxema liniment, biologik preparatlar: bifidumbakterin va laktobakterin ulardan foydalanish ambulatory va statsionar sharoitlarda amaliy stomotologlar taklif qilgan.

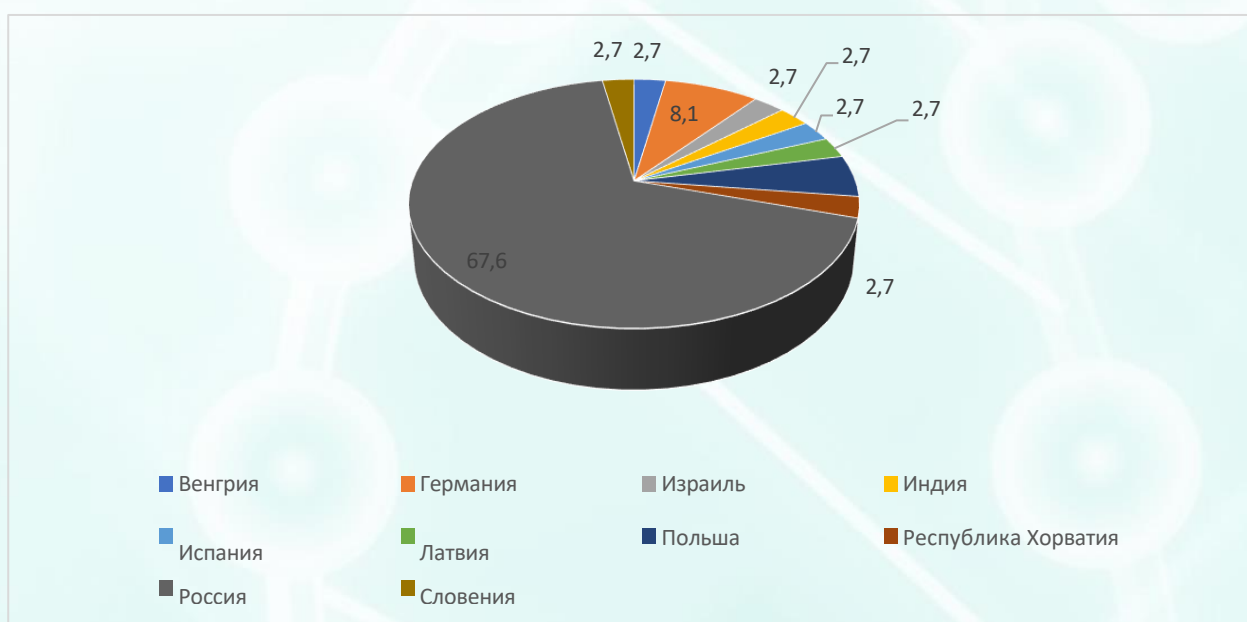
АЛЦГЕЙМЕР КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРНИНГ АССОРТИМЕНТ ТАҲЛИЛИ

Ismailova F.B, Yunusova X.M
Toshkent farmatsevtika instituti.

Tadqiqodning maqsad. Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining ma'lumotlariga ko'ra Altsgeymer kasallikning belgilari 65 yoshdan oshgan har sakkizinchi odamda (10-12%) va 85 yoshdan oshgan har ikkinchi odamda (30-40%) aniqlanadi. Altsgeymer - bu bosh miyaning xotira, fikrlash, tushunish va nutq kabi funksiyalarining buzilishi



natijasidasurunkali progressive miya kasalligi sifatida belgilaydi. Odatda, Altsgeymer kasalligi (AD) 65 yoshdan oshgan odamlarda uchraydi. Dunyo aholisi soning tobora o'sib borishi, xavoning ifloslanish darajasining yuqoriligi, turli xil virusli kasalliklar, ovqatlanish ratsionida xolesteringa boy ovqatlarni iste'mol qilish, kam xarakatlanish bu kasallikning yanada avj olishiga sabab bo'lmoqda. Sog'liqni Saqlash Vazirligining xisobotida oxirgi 5 yillikda O'zbekiston xududida demensiya bilan kasallanish 3.2% oshganligini ko'rishimiz mumkin. Altsgeymer kasalligining O'zbekiston hududidagi holatini tahlil qilish va ushbu kasallikka chalingan bemorlarni davolash uchun mo'ljallangan dori-darmonlarni tahlil qilish, ushbu kasalligini davolash uchun dori vositalarining farmatsevtika bozori tahlil qilish va sohada yangi dori-darmonlarni yaratish zarurligini aniqlash. Materiallar va tadqiqot usullari. Mazkur tadqiqotda statistik usullar, tarkibni tahlil qilish usullari, shuningdek adabiyotda mavjud bo'lgan ma'lumotlarni tahlil qilish ishlatilgan. Tadqiqot natijalari. Jaxon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining xisobotiga ko'ra Altsgeymer kasalligi butun dunyo bo'ylab tobora ko'proq odamlarga ta'sir qilmoqda. Ushbu natijalar grafik shaklda taqdim qilindi. 2050 yilga borib demensiya bilan og'rigan odamlar soni Shimoliy va Janubiy Afrika (81,75 million) ustunlik qiladi. Ikkinchi o'rinda Yevropa (31,63 mln.). Uchinchi o'rinda Markaziy Osiyo (21,64 million). To'rtinchi o'rinda esa Osiyo (17,22 million). Shuningdek, butun dunyoda kasalliklarning ko'payishi tendentsiyasi davom etmoqda. Rasm 1. Mamlakatlar bo'yicha odamlarning demensiyaga uchrashning taxminiy soni (million) Butun dunyo bo'yicha Altsgeymer kasalligini davolashda ikki xil dori vositasi mavjud: demensiyaning davolovchi vositalari va xolinesteraza ingibitorlari qo'llaniladi. Hozirgi vaqtda O'zbekiston Respublikasining farmatsevtika bozorida demensiyaning davolash uchun farmakoterapevtik dori vositalari ishlatiladi. Dori vositalarining davlat reestrini ko'rib turibdiki, uchta xalqaro patent bo'lmagan nomlar (Memantin Donepezil + Memantin, galantamin) 25 ta savdo nomi va 2 ta dori shakli (eritma va plyonka bilan qoplangan tabletkalar) mos keladi. Farmatsevtika bozorida demensiyaning davolash uchun dori-darmonlarni ishlab chiqaruvchilar 25 ta kompaniya tomonidan taqdim etilgan.



Rasm 2. Demansni davolash uchun dori vositalari ida Altsgeymer kasalligini davolash uchun dori vositalarini ishlab chiqaruvchi mamlakatlar (%)Mazkur diagrammada

Altsgeymer kasalligini davolash uchun dori vositalarining asosiy qismi Rossiyada ishlab chiqariladi (67,6%). Ikkinchi yirik ishlab chiqarish Germaniya (8,1%). Uchinchi o'rinda Polsha (5,4%). Qolgan barcha ishlab chiqaruvchi mamlakatlar to'rtinchi o'rinda. Altsgeymer kasalligini davolashda ishlatiladigan asosiy dori Memantin hisoblanadi. Ushbu preparat miya hujayralari orasidagi aloqalar tarmog'ida ishlaydi va belgilarining o'rtacha darajadan og'ir darajagacha rivojlanishi sekinlashadi. Bundan tashqari, xolinesteraza ingibitori (Donepezil + Memantin) bilan birgalikda qo'llanilganda nisbatan kam nojo'ya ta'sirlarga ya'ni bosh aylanishi va hotiradagi chalkashliklarini kamaytiradi.

Xulosa. Shunday qilib, tadqiqotimiz Altsgeymer kasalligining butun dunyodagi holatini rasmiy ma'lumotlar va statistik ma'lumotlar asosida tahlil qilindi. Altsgeymer kasalligi bilan kasallanish ko'payib borishi aniqlandi va demensiyaga uchrashning taxminiy soni aniqlandi. Dori vositalarining farmatsevtika bozori ko'rib chiqildi. Dori vositalari orasida Rossiya ishlab chiqaruvchilar yetakchi ekani ma'lum bo'ldi, ammo mahalliy ishlab chiqaruvchilar dori vositalarining o'zi yetarli emasligi aniqlandi. Shu munosabat bilan ushbu kasallikni davolash uchun dori turlarini kengaytirish va yangi dori vositalarini yaratish zarur.

YURAK ISHEMIK KSALLIKLARI VA TURLI XIL PATOLOGIYALAR BILAN OG'RIGAN KATTA YOSHDAGI BEMORLARDA LEPTINNI O'RNI.

O.M. Maxsudov.

**Ichki kasalliklar propedeutikasi kafedrasasi assistenti
Andijon davlat tibbiyot institute.**

Tadqiqot maqsadi. Leptin kontsentratsiyasini aniqlash va bu semizlik va yurak ishemik kasalligi (YIK) bo'lgan keksa bemorlarda bir qator boshqa patologik holatlar bilan bog'liqligini baholash.

Materiallar va usullar. Tadqiqotda yurak tomirlari kasalligi tashxisi bilan kasalxonada davolanayotgan 70 yoshdan oshgan bemorlar ishtirok etdi. Bugungi kunga qadar tadqiqotga 80 nafar bemor kiritilgan; ularning asosiy qismi (65,5%) ayollar edi. Bemorlarning yoshi 65 dan 82 yoshgacha bo'lib, o'rtacha 72 (+4,3) yil. Qon zardobidagi leptin kontsentratsiyasi IFA yordamida aniqlanadi. Ushbu yosh idagi ayollar uchun leptin qiymatlari 2,6-13,1 ng / ml, erkaklar uchun - 2,1-4,6 ng / ml.

Natijalar. Bemorlarning tadqiqot idagi o'rtacha leptin darajasi 16,2 ng / ml ni tashkil etdi, bu 0,45 ng / ml dan sezilarli darajada 100 ng / ml dan oshdi. Bemorlarning 65 foizida giperleptinemiya aniqlangan. Ayollarda o'rtacha leptin kontsentratsiyasi erkaklar dan 2,5 baravar yuqoriligi aniqlandi. Leptin darajasining oshishi aniqlandi ayollarda 65,7% va erkaklarda 32% ($p=0,03$). Leptin kontsentratsiyasining pasayishi qayd etilgan Bemorlarning 13,4% surunkali yurak etishmovchiligi (IIB-III bosqichlari) mavjud. Tana massasi indeksi va leptin kontsentratsiyasi o'rtasida aniq ijobiy korrelyatsiya $r = 0,4$, $p<0,0001$. Ro'yxatdan o'tgan qon zardobidagi leptin darajasi va yog' to'qimalarining tarkibi o'rtasidagi ijobiy bog'liqlik ($p = 0,0001$ - tananing umumiy yog' miqdori uchun, $p = 0,002$ - qorin bo'shlig'i yog'i uchun, $p = 0,004$ - yuqori ekstremitalarning yog' to'qimalari uchun, $p = 0,003$ - pastki yog' to'qimalari uchunoyuq-qo'llar). Leptin darajasi sarumdagi umumiy xolesterin va triglitseridlar kontsentratsiyasi bilan ijobiy bog'liq edi ($p = 0,0002$). Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda leptin ko'rsatkichlari yuqori bo'lgan (diabetik bo'lmagan dagi 15,26 ng /

ml bilan solishtirganda 21,01 ng / ml, $p = 0,05$); Leptin va glyukoza darajalari o'rtasida sezilarli ijobiy korrelyatsiya ($p = 0,0042$). Leptin kontsentratsiyasi yuqori bo'lgan bemorlarda yurak fibrilatsiyasi tez-tez aniqlangan ($p = 0,04$). O'rganilayotgan bemorlarida leptin darajasi va o'simta nekrozi omili-a kabi yallig'lanishga qarshi sitokin o'rtasida salbiy korrelyatsiya qayd etildi ($p = 0,035$). Leptin darajasi past bo'lgan bemorlarda suyak mineral zichligi pastroq bo'lgan. Leptin kontsentratsiyasi normal yoki ortgan bemorlarda ($p=0,004$). Shu bilan birga, leptin tarkibi va 1-toifa kollagen parchalanish mahsulotlari kontsentratsiyasi o'rtasida sezilarli salbiy korrelyatsiya aniqlandi ($r = -0,3$; $p = 0,04$).

Xulosa. Olingan natijalar koronar arteria kasalligi bilan og'rigan kekxa bemorlarda qon zardobida leptin miqdori sezilarli darajada oshganligini ko'rsatadi. Yuqori leptin darajasi turli xil metabolik kasalliklar (semizlik, dislipidemiya va qandli diabet), shuningdek bo'lmachalar fibrilatsiya bilan bog'liq. Surunkali yurak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda past leptin darajasi keng tarqalgan va suyak mineral zichligi pastligi aniqlandi.

ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КУРАШИСТОВ

Тохтиев Ж.Б

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация. Подростковый возраст является критическим этапом в жизни человека и нуждается в особом наблюдении. Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы подростков-курашистов проведена проба Мартине-Кушелевского.

Ключевые слова: физическая активность, подросток, проба Мартине-Кушелевского, восстановительный период, нагрузка, сердечно-сосудистая система.

Kurashchilarni nafas va yurak-qon tomir tizimining morfofunktsional holati ko'rsatkichlari dinamicasi

Annotatsiya. O'smirlik inson hayotidagi hal qiluvchi bosqich bo'lib, alohida nazoratga muhtoj. Kurashchi-o'smirlarning yurak-qon tomir tizimining holatini baholash uchun Martine-Kushelevskiy testi o'tkazildi.

Kalit so'zlar: jismoniy faoliyat, o'smir, Martinet-Kushelevskiy testi, tiklanish davri, yuk, yurak-qon tomir tizimi..

Спорт – это здоровье, которое должно быть у человека с самого рождения. И поэтому нужно прививать привычку заниматься спортом с раннего возраста, внедряя его в процесс физического воспитания детей. Это увеличит сопротивляемость организма к различным заболеваниям, приучит к соблюдению режима, четкому распределению своего личного времени. Кураш – национальный вид спорта, который предоставляет большие возможности для волевого, нравственного, интеллектуального, эстетического воспитания и обеспечивает гармоничное развитие организма, его стрессо устойчивость. Возраст от 14 до 18 лет является одним из критических этапов в жизни человека. Практически здоровыми признаны только 24,2% подростков, что свидетельствует о низком уровне их здоровья.

Изучаемый нами возраст спортсмен-курашистов является одним из критических этапов в жизни человека. Высокие физические и психоэмоциональные

нагрузки на фоне процессов роста и формирования органов и систем предъявляют повышенные требования к организму юных спортсменов и при определенных обстоятельствах могут привести к ряду нарушений в физическом развитии и состоянии здоровья.

Цель исследования - дать оценку физического развития и функционального состояния сердечно-сосудистой дыхательной систем у детей и подростков, занимающихся национальными видами спорта.

Материалы и методы. Мы исследовали учащихся мужского пола спортивного колледжа города Андижана возрастом от 14 до 18 лет .

Сравнительный анализ ФР позволил выявить статистически значимые различия: среди спортсменов - курашистов в 4 раза чаще встречаются подростки со сниженной массой тела, практически отсутствуют юноши с высокой массой тела.

Объективная оценка состояния здоровья детей и подростков, занимающихся курашем, показала, что практически здоровыми признаны 80% от числа всех обследованных юных спортсменов, у 20% выявлены отклонения.

Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы мы провели пробу Мартине-Кушелевского.

Проба Мартине заключается в том, что у спортсмена-курашиста после 10-минутного отдыха в положении сидя считают пульс каждые 10 с до 3-х кратного получения одинаковых цифр. Далее измеряют АД и ЧД. Все найденные величины являются исходными. Затем обследуемый делает 20 глубоких приседаний, с выбрасыванием рук вперед, за 30 с (под метроном). После приседаний испытуемый садится; первые 10 с 1-й минуты восстановительного периода, считают пульс, а в оставшиеся 50 с, измеряют АД. Сначала 2-й минуты восстановительного периода по 10-секундным отрезкам определяют пульс до 3-х кратного повторения исходных значений. В заключение пробы измеряют АД. Иногда в восстановительном периоде может быть урежения пульса ниже исходных данных («отрицательная фаза»).

Проба включает 3 нагрузки: 1) 20 приседаний за 30 сек, 2) 15-секундный бег, 3) бег на месте в течение 3 мин в темпе 180 шагов в мин. Первая нагрузка является разминкой, вторая выявляет способность к быстрому усилению кровообращения, а третья выявляет способность организма устойчиво поддерживать усиленное кровообращение на высоком уровне в течение относительно продолжительного времени. Оценка результатов пробы проводится по данным пульса, АД и длительности восстановительного периода. Оценка результатов пробы проводится по данным пульса, АД и длительности восстановительного периода. Нормотоническая реакция: учащение пульса до 16-20 ударов за 10 с (на 60-80 % от исходного), САД повышается на 10-30 мм.рт.ст (не более 150 % от исходного), ДАД остается постоянным или снижается на 5-10 мм.рт.ст. Были обследованы 60 спортсменов-курашистов.

Результаты исследования рассмотрим в таблице:

	До нагрузки	После 1 нагрузки	После 2 нагрузки	После 3 нагрузки
Пульс	65	75	105	120

АД	120/80	120/80	130/90	150/90
	0			

Длительность
восстановительного
периода

В течение 3-5 минут

Выводы. Оценка состояния здоровья юношей, занимающихся спортом кураш показала, что у обследованных спортсменов-курашистов у 80% встречается нормотоническая реакция (учащение пульса до 16-20 ударов за 10 с (на 60-80 % от исходного), САД повышается на 10-30 мм.рт.ст (не более 150 % от исходного), ДАД остается постоянным или снижается на 5-10 мм.рт.ст); и у оставшихся 20% встречается гипертоническая реакция – значительное повышение САД (до 200-220 мм.рт.ст) и ДАД, пульса до 170-180 уд/мин.

Таким образом, сердечно-сосудистая система у 80% обследуемых нами спортсменов, занимающиеся национальным видом спорта кураш, соответствует здоровому организму (нормотоническая реакция), и лишь у 20% выявлены отклонения (гипертоническая реакция).

НЕОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМАНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Абдурахманова Д.А.
Андижон Давлат Тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Неоваскуляр глаукомалар- (НГ) патогенези хали тўлиқ ўрганилмаган. Натижада касалликни диагностикаси ва даволашда патогенетик ёндашувга имкон бермайди. Неоваскуляр глаукома(НГ)га хос белгилар: кўздаги оғриқ, кўздан ёш оқиши, кўришнинг ёмонлашганлиги, кўз сатҳида димланишли инъекция, шиш ҳисобидан хиралашган шох парда, саёз олд камера, ўртача катталашган ҳамда фотореакциясиз қорачиқ. Кўз ички босими юқори. Неоваскуляр глаукомалар(НГ)ни даволаш амалиёти 2 этапда амалга оширилади: консерватив(гипотензив терапия) ва оператив даво. Шу ўринда лазер жаррохлигини қўлланилиши ўзига хос хусусиятларга эга эканлигини эслатиб ўтиш лозим.

Материал ва методлари. Андижон вилоят кўз касалликлари да 2023 йилнинг 6 ойи давомида неоваскуляр глаукома(НГ) сабаби билан 8 беморга тиббий хизмат кўрсатилган. Жумладан 2 нафар эркак ва 6 нафар аёл бемор, аёллар кўпроқ- бу илмий адабиётлардаги статистикага мос келади. Ёшига кўра: 46-55 ёшдаги диабетик беморлар-4; 55-65 ёшдагилар-4; Аксарият беморлар касалликнинг 1-3 кунда мурожаат этишган. Натижа. Беморлар Андижон вилоят кўз касалликлари шифохонаси (АВККШ) стандарт текширувлардан ўтказилди. Гипотензив терапия адреноблокатор (тимолол 0,5%) қўллашдан иборат бўлди. Шифохонага ётқизиладиган беморларда хаста кўздаги КИБнинг ўртача кўрсаткичи-34,91 мм Нг уст (Маклаков тонометрида ўлчанганда). Жаррохлик КИБнинг ўртача кўрсаткичи 18 мм Нг уст да амалга оширилган. Ўтказилган жаррохлик амалиётининг турларига кўра: 4 ҳолатда оператив даво ва 2 ҳолатда консерватив даво ўтказилди. 2 та ҳолатда беморларда операциядан кейинги увеит ривожланиши билан боғлиқ даволаш жараёни сабали



ўрин куни-7 кунни ташкил этди. Шифохонада 2021 йилнинг 6 ой даврида бажарилган неоваскуляр глаукомалар сабабли бажарилган амалиётлар улуши 2,68% ташкил этади.

Хулосалар. Неоваскуляр глаукомалар (НГ) офталмологлар учун долзарб мавзу сифатида ўз аҳамиятини сақламоқда. Стационаргача босқичда неоваскуляр глаукомани стандартлар асосида тўлиқ текширувини ташкил этиш ва бунда касалликнинг илк белгилари даврида эрта аниқлаш мукамал даволашнинг муҳим шартидир. Олд камера чуқурлиги, гавҳар қалинлиги ва ирисгавҳар диафрагмасининг ҳолати каби ўзгарувчан параметрларни баҳолашда замонавийтекшириш усуллари (УБМ)дан кенг фойдаланиш зарур.Пировард мақсад неоваскуляр глаукома сони ва улар сабабли бажариладиган жарроҳлик сонини камайтириш

БОЛАЛАРДА ТИЗЗА ҚОПҚОҒИНИ ТУҒМА ЁЗУВЧИ КОНТРАКТУРАСИНИ ДАВОЛАШ УСУЛАРИ

Алимбаева З.З.

Тиббий педагогика факультети, 501-гуруҳ

**Илмий раҳбар: ассистент. ТошПТИ травматология-ортопедия, болалар
травматологияси, ортопедияси, нейрохирургия ва болалар нейрохирургияси
кафедраси**

Тизза бўғимини туғма ёзувчи контрактураси, соннинг тўрт бошли ва болдирнинг букувчи мушаклари аплазияси ёки, гипоплазияси натижасида юзага келади. Бу патологияларда тизза бўғими 1000-1800 атрофида ёзилган бўлиб, уни букиш тўрт бошли мушак тонусини кучайишига олиб келади. Оғир турдаги ёзувчи контрактуралар болдирни олдинга чала ёки, тўлиқ чиқиши билан кузатилади ва тизза бўғими барча элементларини ривожланишини бузилиши билан кечади. Анатомо-функционал жиҳатдан мураккаб бўлган тизза бўғими, ўзида катта функционал юқламани сақлаган ҳолда уч тизимли эркин ҳаракатни амалга оширишда тизза бўғими бойлам аппаратларга юқори даражадаги хавфни юзага келтиради.

Н.А. Тенилин ва ҳаммуаллифларни такидлашича (2009), болаларда оёқнинг туғма нуқсонлари 31% ни ташкил этиб, ногиронликка олиб келадиган патологиялар орасида юқори ўринда туради ва шуни такидлаш жоизки, бу патологияларда 4 ёшгача бўлган болаларда ногиронлик 2,5 баробарга ортади. Бу ҳолат шуни кўрсатадики, бу касалликни эрта ташхислаш ва даволаш муолажаларинини эрта амалга ошириш муҳим аҳамиятга эга.

Тизза бўғими ёзувчи контрактурасини ташхислаш, даволаш ва реабилитациясини такомиллаштириш мақсадга мувофиқдир. Бўғимдаги дистрофик ўзгаришларни патогенези тўлиқ ўрганилмаган ва патологик жараён характериға боғлиқ равишда у ёки бу даволаш усулиға кўрсатмалар ишлаб чиқилмаган

Тадқиқот мақсади. Болаларда тизза бўғимини туғма контрактураларида даволаш натижаларни яхшилаш

Материал ва услублар. ТошПМИ клиникасининг травматология ва ортопедия бўлимида 2019-2024 йилларда, тизза қопқоғини туғма чиқишининг ёзувчи контрактураси билан 5 ёшдан 12 ёшгача даволаниб чиққан 26 бемор болаларнинг

касаллик тарихлари таҳлил қилинди. Булардан 11 беморда чап тизза бўғими котнтарктураси кузатилган бўлса, 15 беморда ўнг томонлама ёзувчи контрактура кузатилди. Барча беморларда клиник, рентгенологик ва ультратовуш текширувлари ўтказилди.

Бу беморларда касаллик симптомокомплекси контрактурани даражасига қараб турли клиник кечсишлар аниқланди. Касалликни I- даражасида тиззани букилиши 900-1200, II-даражасида 1200- 1500, III- даражасида 1500-1800 ни ташкил этади. Касалликни I- даражасида бемор оёқни нисбатан букиб ўтириши мумкин бўлади. Бунда юриш пластикаси бузилади, тизза ва болдир тўқималар нисбатан атрофияланган. Касалликни II -даражасида бемор юрганда оқсоқланиши кузатилиб, оёқни букиб ўтириши қийинлашади. Касалликни III-даражасида оёқ тиззадан букилганда оғриқ кўзғалади. Бемор оёқни тиззадан букиб ўтира олмайди юрганда нотабий юради. Болдир тўқималари атрофияланган ва юриш палстикаси тўлиқ бузилган. Шунингдек, кўрикда тизза қопқоғи деформацияланганлигини ва ташқарига силжиганлигини кузатиш мумкин, Бемор югуришга, тез юришга ва тезкор ҳаракатлар қилишга ҳаракат қилмайди, чунки бундай ҳаракатга тиззани букилмаслиги монеълик қилади.

Рентгенологик текширув. Тиззани икки стандарт проекциядаги рентген тасвирида сон суягини дистал ва болдир суягини проксимал қисми ва тизза қопқоғи деформацияланганлиги кузатилади. Тизза қопқоғи юқорига чўзилган бўлиб ўз жойидан силжиганлиги ва ривожланишдан ортда қолаётганлигини кузатиш мумкин, бундай ҳолат 9 беморда кузатилди..

Ультратовуш текширувида сон суяги блокини очилиши, тўрт бошли мушак ҳолатини ва структурасини даволашдан олдин ва даволашдан кейин барча беморларда таҳлил қилдик.

Бундай беморларда даволаш муолажалари асосан опреатив бўлиб, консерватив муолажалар юмшоқ тўқималарни атрофиясини олдини олиш ва операциядан сўнг тизза бўғими ҳаракатларини тиклаш мақсадида ўтказилади. Физиотерапия муолажаларидан: массаж, охисталик билан ЛФК ва парафин аппликацияси операциядан кейинги чандикни бартараф этиш мақсадида қўлланилди.

Барча беморларда операция муолажаси ўтказилиб контрактура бартараф этилди. Операция умумий оғриқсизлантириш остида олиб борилади. Барча тиббий қоидаларга риоя қилинган ҳолда, тери тўқимаси тиззани олди-чет юзасидан кесилади ва ўткир-ўтмас йўллар билан тўрт бошли мушак пайи Z-симон узайтирилади ва шу соҳадаги мушак пайлари ярим тенотомия қилиниб узайтирилади. Тиззанинг букилиш функцияси текшириб кўрилгач, тизза бўғими ҳаракатлантирилиб ишонч ҳосил қилинади. Кесмалар қаватма- қават тикланиб асептик боғлам қўйилади. Операциядан сўнг 2 ҳафтага тиззани 900 буккан ҳолда гипс боғлам қўйилди. Гипс боғлам ечилгач, физиотерапия муолжалари ва ЛФК босқичлари ўтказилди. Операция қилинган беморларда реабилитация муолажалари босқичма – босқич амбулатор шароитида олиб борилди.

Хулоса. Тизза бўғимини туғма ёзувчи контрактурасида калталанган мушак пайини узайтириш ва мушак пайларини тенотомия қилиш операциясидан сўнг босқичли реабилитация ўтказиш касалликни қайталанишини олдини олиб, юмшоқ тўқималар атрофиясини бартараф этишга имкон яратади.



ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ЭЗОФАГОДУОДЕНОСКОПИЯ БЕЛГИЛАРИ

**Ашуралиева М.А., Мамасолиев Н.С., Жўраева М.А., Соипова Г.
Андижон давлат тиббиёт институти**

Жаҳонда 2017 йилда жигар циррозидан 1,32 миллиондан ортиқ ўлим ҳолатлари кузатилган ҳамда, уларнинг 440 мингтасини аёллар ва 883 мингтасини эркеклар ташкил этган. Бу популяциядаги умумий ўлим кўрсаткичларини 2,4% ташкил этади. Жигар циррози инсонлардаги хасталиклар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб, меҳнатга лаёқатсизлик сабаблари ва ўлим кўрсаткичларини ортиши бўйича сурункали касалликлар ўнталигига киради.

Тадқиқотнинг мақсади; Андижон вилояти қишлоқ аҳолиси орасида жигар циррозининг этиологик, эпидемиологик ва клиник ҳамда диагностик хусусиятларини ўрганиш, унинг профилактика чора тadbирларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг объекти сифатида жигар циррозига чалинган 89 нафар беморлар танланди. Уларнинг 41 нафарини сурункали вирусли гепатит В ва 39 нафарини сурункали вирусли гепатит С негизида, 7 нафарини алкоғол ва 2 нафарини номаълум этиологияли жигар циррози билан хасталанган беморлар олинган. Тадқиқотда эпидемиологик, умумклиник, инструментал, лаборатор, шу жумладан биокимёвий, иммунологик ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Натижа. Тадқиқот давомида 694 нафар беморлардан 89 тасида турли этиологияли жигар циррози аниқланди. Уларнинг 4 нафарида касалликнинг А синифи, 42 нафарида В синифи, 43 нафарида С синифи қайд этилди.

Уларни барчасини эзофагогастроскопия ўтказилганда асосий кузатилган белгилар бу 55,1% портал гипертоник гастропатия, 13,5% ошқозон ва ун икки бармокли ичак эрозия ва ярали ўзгаришлари, 19,1% сурункали гастритлар, 4,5% рефлюкс эзофагит, 2,2 % ошқозон полиплардир. Энг эътиборли тарафи бунда асосий фоиз ошқозондаги зимдан кечаётган портал гипертоник гастропатия, сурункали гастрит, эрозия ва яралар ишончли равишда ортиши кузатилган. ($p<0,001$).

Хулоса. Жигар циррозидида клиник белгиларни ривожланиш механизмларини ўрганиш илмий-амалий тиббиётнинг асосий вазифаларидан бири ҳисобланади. Ошқозон ичак тизимининг юқори қисмидан қон кетиш хавфи нафақат портал гипертензия балки шиллик қаватга таъсир этувчи бошқа омилларни ўрганиш ҳам ҳозирги кунда долзарб муаммолардан бири саналади.

Б ВИРУСЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ЮҚОРИ ОШҚОЗОН ИЧАК ТИЗИМИДАН ҚОН КЕТИШ ПРЕДИКТОРЛАРИ

**Ашуралиева Н.Д., Мамасолиев Н.С., Жўраева М.А., Турсунов Х.Х.
Андижон давлат тиббиёт институти.**

Жигар циррози инсонлардаги хасталиклар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб, меҳнатга лаёқатсизлик сабаблари ва ўлим кўрсаткичларини ортиши бўйича сурункали касалликлар ўнталигига киради. Статистик маълумотларга кўра дунёнинг барча мамлакатларида ёш бўйича стандартлаштирилган ўлим даражаси 1990 йил ва



2017 йил оралиғида камайган ёки барқарор сақланиб қолган. Лекин Шарқий Европа ва Марказий Осиё давлатлари бундан мустасно. Ушбу мамлакатларда ёшга қараб стандартлаштирилган ўлим даражаси жигар касалликлари тарқалишининг кўпайиши ҳисобига ўсиб борган. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти башоратларига кўра, замонавий терапия ютуқлари ва охириги йилларда жигар трансплантацияси ривожланишига қарамай кейинги 10-20 йил ичида жигар касалликларидан ўлим 2 баробарга ортиши кутилмоқда. Ушбу нуфузли ташкилот маълумотларида келтирилишича сурункали жигар хасталикларидан тахминан 200 миллион бемор азият чекмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади; Андижон вилояти қишлоқ аҳолиси орасида жигар циррозининг этиологик, эпидемиологик ва клиник ҳамда диагностик хусусиятларини ўрганиш, унинг профилактика чора тадбирларини такомиллаштиришдан иборат.

Тадқиқотнинг объекти сифатида жигар циррозига чалинган 89 нафар беморлар танланди. Уларнинг 41 нафарини сурункали вирусли гепатит Б ва 39 нафарини сурункали вирусли гепатит С негизида, 7 нафарини алкогол ва 2 нафарини номаълум этиологияли жигар циррози билан хасталанган беморлар олинган. Тадқиқотда эпидемиологик, умумклиник, инструментал, лаборатор, шу жумладан биокимёвий, иммунологик ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган. Олинган натижалар. Андижон вилояти Мархамат туманида яшовчи катта ёшдаги 6952 нафар аҳоли орасидан тасодифий репрезентатив танлов ўтказилди ва уларни 18 ёшдан 70 ёшгача бўлганларидан 694 кишида хасталик аниқланди. 3. жадвалда кўрсатилганидек, биринчи гуруҳни эркаклар иккинчисини эса аёллар ташкил этди. Иккала гуруҳдан тасодифий мос равишда 10% танлов ҳосил бўлгандан сўнг умумий популяциядан 203 нафар эркак ва 491 нафар аёл гуруҳлари тузилди. Мархамат тумани ҳудудидаги 34 оилавий поликлиникада скрининг маркази ташкил этилиб юқорида келтирилган 694 нафар кузатувдагилар тиббий кўрикдан ўтказилди ва уларнинг 87,2% розилик хати олинди. Кузатувдагилар билан телефон орқали шахсий алоқа ўрнатилди ҳамда 3 маротаба қайта тиббий кўрикка таклиф қилиндилар.

«Розилик берганлар» гуруҳдаги беморларнинг 89 нафарида жигар циррози аниқланди. Уларнинг 80 нафарида вирусли гепатит, 7 нафарида алкогол ва 2 нафарида касаллик этиологияси аниқланмади. Барча жигар циррози билан хасталанганларни эзофагогастроскопия утказганимизда асосий кузатилган белгилар бу 55,1% портал гипертоник гастропатия, 13,5% ошқозон ва ун икки бармокли ичак эрозия ва ярали ўзгаришлари, 19,1% сурункали гастритлар, 4,5% рефлюкс эзофагит, 2,2 % ошқозон полиплардир. Энг эътиборли тарафи бунда асосий фоиз ошқозондаги зимдан кечаётган портал гипертоник гастропатия, сурункали гастрит, эрозия ва яралар ишончли равишда ортиши кузатилган. ($p < 0,001$). Б вирусли жигар циррози билан хасталанганларда конда қисқа занжирли пептид холецистокинин ва гастрин-17 аниқладик, ундан ташқари уларда кондаги пепсиноген 1 ва пепсиноген 2 микдорини уларга нисбатан ўргандик.

Кузатувимиз ва таҳлилимиз Б вирусли жигар циррози билан хасталанган беморларда қисқа занжирли пептидларни ортиши конда пепсиноген 1 ва пепсиноген 2 ни пасайиши еки энг пастки меъёр чегарасида бўлишини кўрсатди. Бундай ҳолат атрофик гастрит жигардан ташқари намоён бўлишини қайд этди, бироқ бу ўзгаришларнинг механизмлари адабиётларда батафсил ёритилмаган.



Шундай қилиб, жигар циррозида меъданинг овқат ҳазм қилиш безларини функционал фаоллигини камайишининг белгиси, атрофик гастрит кўринишида намоён бўлиши ва у ошқозон ичак тизимидаги асоратларни асосий сабабларидан бири ҳисобланиши мумкин. Биз олган натижалар жигар томонидан паст молекулали ёки қисқа занжирли пептидларни, жумладан, ХЦК-8ни метаболизми ёки физиологик емирилиши билан боғлиқ. ХЦК-8 А типига ХЦК рецепторларини фаоллаштириши ҳисобига меъда кислотаси ажралиб чиқишини рағбатлантирилишини тўхтатишда етакчи аҳамиятга эга бўлишини ва шунингдек, меъда кислотасини қон плазмасида гастрин ва соматостатинни ажралиб чиқишида назоратини ҳам ҳисобга олиш лозим.

Шундай қилиб тахмин қилиш мумкинки, меъёردа ХЦК-8 жигар томонидан юқори даражада сингдирилади. В вирусли жигар циррозида, айниқса декомпенсация босқичида уни жигар томонидан сингдирилиши бузилади ва қонда ХЦК-8 концентрацияси кўпаяди. Бунинг натижасида юқорида баён этилганидек, меъда секрециясини тўхташи ва атрофик гастрит ривожланиши қайд этилади.

Олинган маълумотлар В вирусли жигар циррози билан хасталанган беморларда меъданинг овқат ҳазм қилиш безлари функционал фаоллиги пасайишини кўрсатади ва бу атрофик гастритнинг яширин шакли белгиси ҳисобланади. Сурункали атрофик гастрит эса меъдани шиллиқ қаватидаги шикастланишларнинг асосий сабабларидан бири саналади.

Биз олган натижалар ХЦК-8 кўрсатилган ўзгаришлар ривожланишига сабаб бўлади дейишга асос бўлади.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ

Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У.

**Оилавий шифокорларни малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш, халқ
табобати кафедраси**

Андижон Давлат Тиббиёт институти

Муаммо долзарблиги: Керагидан ортиқча рацион калорияси танани оғирлигини оширишга ва қонда ёғ таркибини ошиб боришга олиб келади. Ҳозирги кунда анчагина илмий -тадқиқот ишлари бўлиб, унда керагидан ортиқча ҳайвон ёғларини ва сабзавотларни истеъмол қилиниши, уни сакланиши ва атеросклерозни ривожланиши орасидаги алоқани исбот қилишга кўра, ўт пуфаги, жигар ва бошқа овқатни ҳазм қиладиган органларда касалликларни ривожланишида тўғри овқатланишни роли катта эканлиги кўрсатилган.

Мақсад: Олтинкўл тумани “Олтинкўл” ОШП (Оилавий шифокорлик пункти) аҳолиси орасида рационал овқатланишни тарғибот қилиш ишлари сифатини яхшилаш. Вазифалар: 1.ОШП худудида яшовчи аҳоли орасида овқатланишнинг саломатликка таъсири хақидаги билимларини ўрганиш. 2.Алоҳида нораціонал овқаланувчи гуруҳлар орасида касалланишни ўрганиш. 3.Рационал овқатланишга доир аҳоли учун тавсиялар ишлаб чиқиш. Материал ва услублар: Текширишлар 2022 йилнинг январ ойидан, 2022 йил октябр ойларида Олтинкўл тумани «Олтинкўл»



Оилавий шифокорлик пункти ҳудудида олиб борилди. Ишни олиб бориш жараёнида биз аҳоли маълумотларини аҳолининг амбулатор карталари Ф 025/У, диспансер назорати карталари Ф-030/У, ва бошқа ҳисобот формалари каби ҳужжатлардан фойдаландик. Аввало биз аҳолининг овқатланиш характери ва рационал овқатланиш ҳақидаги билимларини аниқлаш борасида махсус сўровномаларни ишлаб чиқдик. Сўровнома саволлари иловада келтирилган. Ишлаб чиқилган сўровномалар асосида тасодифий танлаш орқали ажратиб олинган 50 нафар киши орасида тадқиқотларни олиб бордик. Сўровномалар орқали ажратиб олинган нораціонал овқатланувчи кишилар орасида касалланишни ҳам ўрганиб чиқдик. Олинган натижаларимиз асосида ҳулосалар чиқардик. Бу текшириш ишларини бажаришда бизнинг командамиз яъни педагоглар ва Оилавий шифокорлик пункти шифокорлари ва ўрта тиббий ходимлар яқиндан ёрдам беришди. Натижа ва таҳлиллар: Олтинкўл тумани «Олтинкўл» ОШПси жами 10500 нафар аҳолига хизмат кўрсатади. ОШП хизмат кўрсатувчи аҳолининг таркиби қуйидагича: аҳолининг 38,1 % ини болалар, 61,9% ини катта ёшлилар ташкил этади. Аёллар 49,7% ни, эркеклар эса 50,3% ни ташкил қилади. Кейинги вазифамиз аҳолининг рационал овқатланиш ҳақида билимлари ва овқатланиш характерини ўрганиш юзасидан олинган маълумотларни таҳлил қилдик. Рационал овқатланиш ҳақидаги саволларимизга 17 (34%) киши тўлақонли овқатланиш деган, 6 (12%) киши организм талабига кўра ёқтирган таомини истеъмол қилиш деган, 27 киши (54%) қатъий илмий асосланган углевод, ёғлар ва оқсилларнинг суткалик миқдори эътиборга олинган ҳолда витаминларга бой таомларни истеъмол қилиш деган жавобни беришган. Шунингдек, 37 киши (74%) оиламизда рационал овқатланмаймиз деган, 13 киши (26%) тўғри рационал овқатланамиз деган жавобни беришган. Аҳоли ўртасида соғлом овқатланиш бўйича режалаштирилган мавзулар бўйича тиббиёт ходимлари ва педагоглар ҳамкорликда маърузалар, амалий, кўргазмали дарслар ўтказилди. Қайта сўровнома ўтказилганда барча саволларимизга аҳолининг билим даражаси ошганлигини кўрдик.

Хулосалар:1.Олиб борилган ишлар натижасида шунни айтиш мумкинки, ОШП мудир ва ходимлари аҳоли ўртасида узлуксиз тиббий маданиятини ошириш ишлари олиб бориши керак экан.

РУСИЙ ЗАБОН ГУРУҲЛАРДА ЎЗБЕК ТИЛИНИ ЎҚИТИЛИШИДА ЗАМОНАВИЙ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ ЎРНИ ВА РОЛИ

**Гуломова З –АДУ 2-курс магистранти Илмий раҳбар- М.М.Қўзибоева
Андижон давлат тиббиёт институти**

Бугунги кунда ҳар бир мутахассисдан нафақат ўз касбий соҳаси бўйича чуқур билимга эга бўлиш, балки ёндош соҳалар юзасидан ҳам кенг билим олиш талаб этилмоқда, чунки ҳозирги жадал суратлар билан кечаётган интеграллашув жараёни ана шунга тақозо этмоқда. “Интерфаол метод” ибораси инглиз тилидаги “interactive” сўзидан олинган бўлиб, у таълим олувчиларда ўзаро фаолликни, шунингдек, жамоавий фаолликни оширишни ва билимларни фаол ўзлаштиришни назарда тутди.

Таълим олувчиларни ўқув жараёнида фаоллаштириш, уларни билимларни чуқур эгаллаш, мустақил, эркин ва ижодий фикрлаш, ҳамда ўз ички имкониятларини рўёбга

чиқаришлари учун шароит яратишни тақазо этувчи методлар интерфаол методлар ҳисобланади. Таълим олувчиларни фаоллаштиришни эса ўқув мақсадига эришишдаги кафолатловчи омиллардан бири дейиш мумкин. Интерфаол методлар билан ишлашнинг бир қатор афзалликлари бўлиб уларни қуйидагича изоҳлаш мумкин:

1. Таълим олувчилар билимларни қизиқиш ва иштиёқ билан ўрганадилар. Бу эса уларни фаоллаштиришга олиб келади.

2. Дарс жараёнидаги фаоллик, ўқиб-ўрганиш билан боғлиқ фаолиятда юзага келган муаммоларни ечишга қаратилган ижодий кўникмаларни шакллантиришга ёрдам беради.

3. Таълим олувчиларга нисбатан индивидуал ёндашувни келтириб чиқаради. Маълумки, бундай ёндашув шахс характерининг ўзига хос сифатларини (қобилияти, қизиқиши, хотираси, билим даражасини) ҳисобга олган ҳолда аудиторияда ва аудиториядан ташқари ишларни ташкил қилишнинг самарали усуллари ва йўллари танлаш имконини яратади.

ХОМИЛАДОРЛИК ВА ЛАКТАЦИЯ ДАВРИДА ОРГАНИЗМДАГИ КАЛЬЦИЙ КОНЦЕНТРАЦИЯСИНИНГ ЎЗГАРИШИ.

Джалалова О.К., Бозарова Н.Ф.
Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблиги: Хомиланинг кальцийга бўлган эҳтиёжи она организмнинг физиологик ўзгаришларига сабаб бўлиб келмоқда бунга сабаб хомиланинг ва туғилган чақалоқнинг кальцийга бўлган талаби юқори бу эса она сути билан ёки хомиладорлик даврида кальций ионини фарзандига кўпроқ ўтишига сабаб бўлади. Хозирги вақтда кальций она суякларидан ҳам ўтиши мумкинми ёки йукми деган мунозаралар мавжуд.

Мақсад ва вазифалар: Хомиладорлик ва лактация даврида кальций етишмовчилиги билан учрайдиган касалликни олдини олиш ва даволаш.

Материал ва усуллар: Андижон шаҳрида жойлашган 8-оилавий поликлиникада хомиладорликни 1-уч ойликдаги аёлларни 25 тасини, 2-уч ойликдаги 18 та аёлни, 3-уч ойликда 23-та аёл ва лактация давридаги 35-та аёл текширилди. Олинган натижалар: Текширишлар натижасига кўра хомиладорликни 1-уч ойликда кальций микдорининг меъёрий кўрсаткичлари пастлай бошлаган 3-уч ойликга бориб сезиларли даражада пастлаши кузатилди. Бу эса хомиладор аёлда доимий тиш оғриқларининг бўлиши, тишларининг мўртлашиб емирилишига, оёқларнинг тизза бўғимларида вакти-вакти билан оғриқларнинг бўлишига сабаб бўлган.

Хулоса: олинган натижаларга асосланиб шуни айтиш мумкинки, кальцийга бўлган талаб хомиладорликда 2-3 баробарга ошиб боради. Кальций камлигини эрта аниқлаб, эҳтиёжига қараб ёрдам кўрсатмасак суяк таянч системасидаги кўплаб касалликларга сабаб бўлади. Шуни айтиш лозимки истеъмол қилинадигон кальцийнинг фақатгина 30% организм томонидан ўзлаштирилади. Шунинг учун хомиладор аёлга кунига 1000-1200 мг кальций қабул қилиш тавсия этилади. Ривожланиб боровчи миопия тарқалишидаги хавф омиллари Андижон Давлат Тиббиёт институти Д.Л. Жалолиддинов. Миопия касаллиги хозирги давр эпидемиясига

айланди. Миопия болалар ва ўсмирлар ўртасида кенг таркалиши ва ёшаришини ўрганиш ҳозирги замон офтальмологиясининг долзарб муаммоларига айланиб бормокда. Касалликни ўрганишдан мақсадимиз. Болаларда ва ўсмирларда ривожланиб миопия касаллигини таркалишига сабаб бўлувчи омилларни ва касалликни клиник кечишини ўрганиш. Материал ва методлари. Касалликни ёшариши ва келиб чиқарувчи сабабларини ўрганиш учун биз Андижон вилоят болалар шифохонаси кўз касалликлари бўлимининг 2022-2023 йиллардаги бемор болалардан 100 та касаллик тарихини ўрганиб чиқдик Натижа. Андижон вилоят болалар клиник шифохонаси кўз касалликлар бўлимида 100 та бемор бола (200 кўз) 14 ёшгача ажиратиб олинди; шулардан 88 тасида бирламчи кўрик ва текширув давомида ривожланиб боровчи миопиянинг юқори даражаси аниқланди. Ривожланиб боровчи миопия билан оғриган болалар 1,700 - 2,500 кг да туғилганлар. БуЕ.Новиков (1971) синфланиши бўйича чала туғилишнинг 1- чи даражаси дейилади. Биз касаллик тарихини миопияни даражасига қараб 3 та гуруҳга бўлдик.1) Миопия – 3дан - 6 дптргача 16 кўз; 2) - 7 дан - 10 дптргача – 66 кўз; - 11 дан - 14 дптргача 44 кўз; 3) - 14 дптрдан юқори 12 кўз.

Бизни қизиқтирган нарсаси шуки, 10 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларда касалликни бирламчи белгилари бу бош оғриши, кўзнинг толиқиши, қизариши, ёшлашиши каби симптомлар аниқланган.

Хулоса: Хулоса қилиб касалликнинг келиб чиқиши ва ёшаришига сабаб бўлувчи омилларга қуйидагиларни киритиш мумкин. Демак, -Болаларни тўғри ўтириб дарс тайёрламаслиги, ёритиш мосламаларини меёрида бўлмаслиги. -Телевизор ва компьютер олдида узоқ вақт ўтириши, сенсорли мобил алоқа воситаларини мунтазам ўйнаши, дам олиш режимини бузилиши. - Овқатланиш рационини тўғри ташкил этилмаслиги болаларда кўриш ўткирлигини секин аста пасайиб бориши орттирилган миопиянинг қўпайиши ва ёшаришига сабаб бўлади.

РЕСПУБЛИКАМИЗДА 14 ЙИЛ ДАВОМИДА СОДИР БЎЛГАН ЙЎЛ ТРАНСПОРТ ҲОДИСАЛАРИ СТАТИСТИКАСИ

**Жуманиёзов К.Й., Олимова М.М.
Тошкент тиббиёт академиси Урганч филиали**

Тадиқиқот мақсади республикамызда 14 йилда содир бўлган йўл транспорт ҳодисалари статистикасини таҳлил қилишдан иборат бўлди.

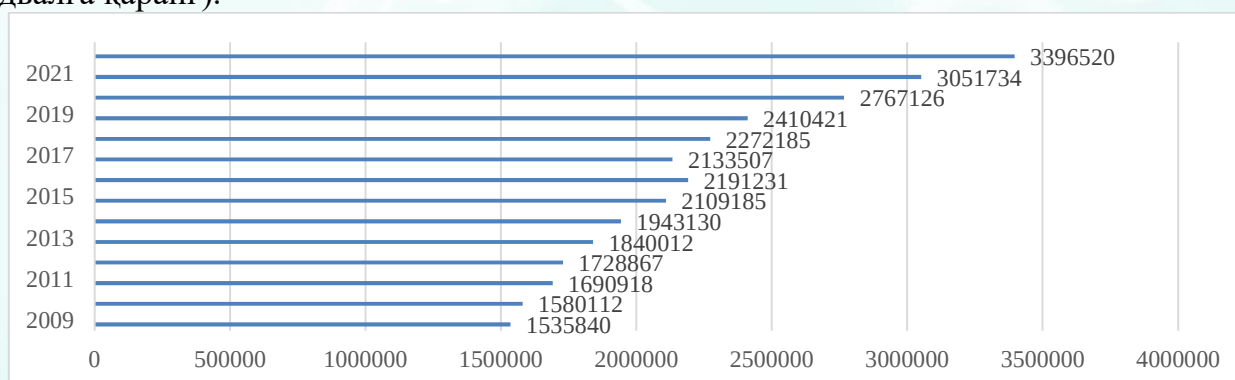
Тадқиқот материаллари ва усуллари: 2011-2022 йиллар давомида Ўзбекистон Республикаси йўл транспорт ҳодисалари бўйича ижтимоий тармоқ келтирилган маълумотларидан фойдаланилди. Олинган маълумотларни статистик таҳлил қилишда ижтимоий-гигиеник ва санитария статистик усуллар қўлланилди.

Жадвал 2009-2022 йилларда Ўзбекистонда содир бўлган йўл транспорт ҳодисалари солиштирма жадвали (абсолют сонда)

Йиллар	Аҳоли сони	Автомобиллар сони	ЙТХ сони
2009	27 533 400	1 535 840	10 760
2010	28 001 400	1 580 112	10 705
2011	29 123 400	1 690 918	10 611

2012	29 555 400	1 728 867	10 309
2013	29 993 500	1 840 012	10 245
2014	30 492 800	1 946 130	10 200
2015	31 022 500	2 109 185	10 164
2016	31 575 300	2 191 231	10 212
2017	32 120 500	2 133 507	10 044
2018	32 656 700	2 272 185	8 990
2019	33 255 500	2 410 421	8 588
2020	34 200 000	2 767 126	6 982
2021	34 900 000	3 051 734	10 001
2022	36 024 946	3 396 520	9 902

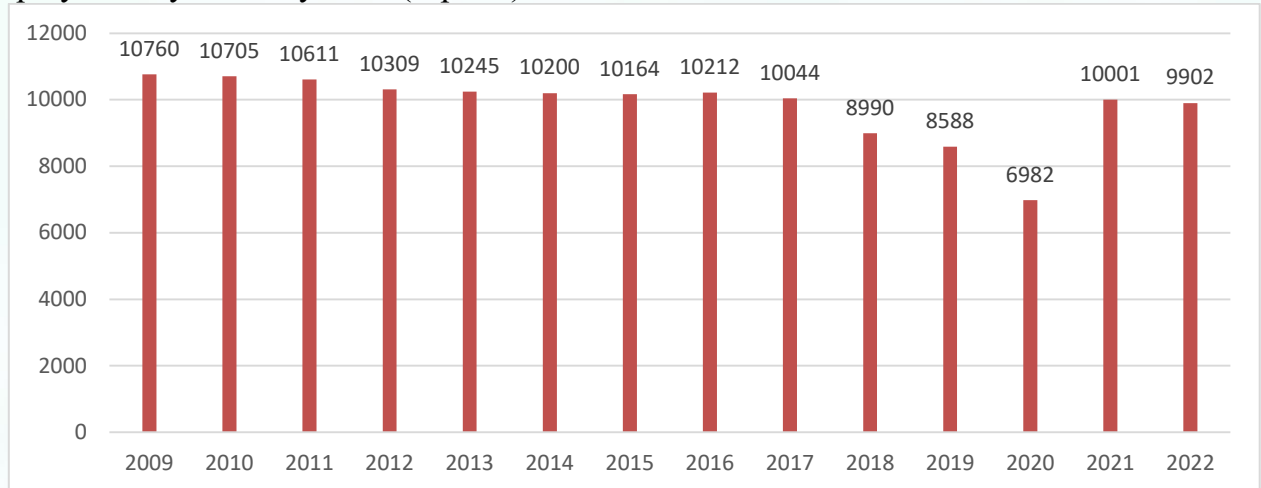
Аҳоли сонини ўзгариши бўйича 2009-2022 йиллар давомидаги 14 йиллик маълумотлар таҳлили шуни кўрсатадики Ўзбекистонда аҳоли сони 2009 йилда 27 533 400 нафарни ташкил этган бўлса, 2022 йилда Ўзбекистон аҳолиси сони 36 024 946 нафарга етган. Ўзбекистоннинг аҳоли сони 14 йил давомида 23,6% га ошган. Таъкидлаш мумкинки, 2009-2022 йиллар давомида Ўзбекистон аҳолиси деярлик бир хил тарзда, йил сайин ўсиб бориши аниқланди Ўзбекистонда жами автомобиллар сонини йил сайин абсолют қийматларда 2009 йилдан 2022 йилгача ортиб борган. 2009 йилда 27 533 400 нафар аҳолига эга бўлган мамлакатимизда жами автомобиллар сони 1 535 840 тани ташкил қилиб, ҳар 18 нафар аҳолига битта автомобил тўғри келишини кўрсатади. 2022 йилда Ўзбекистон аҳолиси 36 024 946 нафарга етган, шу билан бирга ватанимиз аҳолисининг автомобиллар сони 3 396 520 тани ташкил қилган ва у энди ҳар 3,1 аҳолига битта автомобил тўғри келишини кўрсатади (1-расм). Бундан кўриниб турибдики Ўзбекистонда кейинги йилларда автомобил саноати тез суръатлар билан ривожланиб бурганини кўриш мумкин. Чунончи Ўзбекистонда 2009 йилда ҳар 18 нафар аҳолига битта автомобил тўғри келган бўлса, 2022 йилга келиб эса аҳолини автомобиллар билан таъминланиш кўрсаткичи ҳар 3,1 нафар аҳолига битта автомобил тўғри келишини кўрсатди (жадвалга қаранг).



1 – расм. Ўзбекистонда 2009-2022 йиллар давомида автомобиллар сони

Таҳлилларимизнинг кейинги босқичи иккала мамлакатда кузатув йиллари давомида содир бўлган йўл транспорт ҳодисаларига (ЙТХ) бағишланди. Ўзбекистонда йўл транспорт ҳодисалари 2009 йилдан то 2017 йилгача ҳар йилда деярлик бир хилда 10044 тадан – 10760 та сонгача учраган. 2018 йилдан бошлаб йўл транспорт ҳодисаларининг сони камайиб борган. 2018 йилда 8990 та, 2019 йилда 8588 та, 2020 йилда 6982 та, 2021 йилда эса 10001 та ва 2022 йилда 9902 та йўл транспорт

ҳодисаси кузатилган. Бу ҳолат 2018 йилдан бошлаб ҳайдовчиларнинг хушёрлиги бироз ошиши ҳамда мамлакатимизда содир бўлган Covid-19 пандемияси сабабли содир бўлган бўлиши мумкин (2-расм).



2 – расм. Ўзбекистонда 2009-2022 йиллар давомида ЙТХ сони 2009 йилда Ўзбекистон аҳолиси 27533400 нафар ташкил қилган ва шу йили 10760 та ЙТХ содир этилган бўлиб, ҳар 2559 нафар инсонларнинг биттасида ЙТХ содир бўлганини кўрсатади. Бу кўрсаткич 2010 йили 2616 нафар, 2011 йили 2745 нафар, 2012 йили 2867 нафар, 2013 йили 2928 нафар, 2014 йили 2989 нафар, 2015 йили 3052 нафар, 2016 йили 3092 нафар, 2017 йили 3198 нафар, 2018 йили 3633 нафар, 2019 йили 3872 нафар, 2020 йили 4898 нафар, 2021 йили 3490 нафар, 2022 йили 3638 нафар аҳолининг биттаси ЙТХга учраганини кўрсатади.

Хулосалар

1. Ўзбекистоннинг аҳоли сони 14 йил давомида 23,6% га ошган.
2. 2009 йил Ўзбекистон аҳолиси автомобиллар билан таъминланиш 18 нафар аҳолига битта автомобил тўғри келган бўлса, 2022 йилга келиб унинг таъминланиш даражаси ҳар 3,1 нафар аҳолига биттадан тўғри келишини кўриш мумкин.
3. Ўзбекистонда эса йўл транспорт ҳодисалари 2009 йилдан то 2017 йилгача ҳар йилда деярлик бир хилда учраган. 2018 йилдан бошлаб йўл транспорт ҳодисаларининг сони камайиб борган. Кейинги йилларда уларнинг сонини ошиш тенденцияси кузатилмоқда. 2-тур Қандли диабет беморларда Ковид-19

ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗДАГИ ЎЗГАРИШЛАР.

Иброхимова Н.Р. Аралова М.А.РИЭИАТМ

Аннотация.

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти.

Жахон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) 2020-йилдаги маълумотларига кўра, янги коронавирус инфекцияси COVID-19 кўплаб мамлакатларда жуда тез тарқалди ва пандемия даражасига етди ва ЖССТ нинг глобал муаммоларидан бири бўлиб келмоқда.



Қандли диабет билан оғриган беморлар ушбу инфекцияга кўпроқ чалиндилар, чунки уларнинг иммун тизимидаги заифлик, гипергликемиянинг домий баланд юриши сабаб бўлди. Бундай беморларда ушбу инфекциянинг оғир кечиши туфайли салбий оқибатларнинг ривожланиши муҳим хавф омилidir. Қандли диабет 2-тур беморларда бу инфекциянинг кечиши оғир асоратларга олиб келди. Бу беморларда гипергликемия, кетоацидотик комалар, пневмония, аутоиммун касалликлар, таянч ҳаракат системасидаги касалликлар частотаси ошиб кетди.

Covid-19 ҳар қандай вирусли инфекция сингари, иммунитет ишламай қолганда ва ўз хужайраларини бегона деб қабул қила бошлаганда танадаги аутоиммун жараёнларни кўзгатиши мумкун. Тана ўз аъзоларини юктирадиган, уларни йўқ қиладиган антитаналарни ишлаб чиқаради. Қалқонсимон без ҳолатида бу биринчи навбатда сурункали аутоиммун тиреоидит ва нимўткир де Кервен тиреоидити, гипотиреоз, гипертиреоз, диффуз захарли букоқ касаллиги.

Илмий иш мақсади: Андижон вилоятида яшовчи 2-тур қандли диабет COVID-19 ўтказган беморларда қалқонсимон без ҳолатини ўрганиш.

Тадқиқот объектлари ва текшириш усуллари.

Тадқиқот объекти сифатида Андижон вилояти Асака шаҳар марказий шифоатхона эндокринолог “Д” назоратида турган 2-тур қандли диабет 120 беморлар таҳлил қилинди. Тадқиқотда қуйидаги текшириш усулларида фойдаланилди.

Булар қалқонсимон без (ҚБ) палпацияси, Ультратовуш Текшируви (УТТ), тиреоидли гормонларнинг РИА аниқлаш (ТТГ, Т4 эркин, Анти ТПО) ва тугун биопсияси кўрсатмалар бўйича. Беморларнинг 85 (80%) аёллар ва 35 (20%) нафари эркеклар бўлиб, уларнинг ёши 40-60 гача интервални ташкил этди. Текшириш ўтказилишида асосий ҳолатни қалқонсимон безнинг УТТ ташҳиси орқали баҳолашга ва беморларнинг тиреоидли тасарруфи яъни қоннинг гормонал текширувлари (ТТГ, Т4 ва Анти ТПО миқдори) га баҳо берилди. Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси.

Текширув жараёнида пальпация орқали Николаев О.В таснифига кўра 58 (48%) та беморда букоқнинг I-II даражаси, 40 (33%) та беморларда III даражаси, 22 (19%) та беморларда қалқонсимон безнинг IV даражада катталашганлиги қайд қилинди.

Беморларнинг тиреоид гормонларининг текширганимизда 69 та (57%) беморда эутироид, 30 та (25%) беморда субклиник гипотиреоз ва 11 та (9%) беморда манифест гипотиреоз, 10 та (8%) ҳолати кузатилди. Тадқиқотимизда қатнашган беморларнинг қалқонсимон безини УТТ орқали текширганимизда 60 та (50%) беморда I-II даража катталашган 45 (37%) беморда АИТ, 15 (13%) беморда тугунли букоқ аниқланди.

Хулоса.

1 Covid – 19 ўтказган беморларни қалқонсимон без ҳажми катталашганлиги, яъни 40 та бемор (33%) III-даражада катталашганлиги, 22 та бемор (19%) IV даражада катталашганлиги кузатилди.

2 Ауто Иммун Тиреоидит эса 45 та беморда (37%) ни ташкил қилди ва уларда қалқонсимон безнинг функцияси пасайганлиги (25%) да аниқланди.

3 Ва энг хавфлиси, безнинг тугунли хосилалари яъни Тугунли букоқлар 15 та беморда (13%) бўлганлиги аниқланди.



ПЛЕВРОДЕЗНИНГ ТУРЛИ УСУЛЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШДА ЎПКА БУЛЛЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА ВИДЕОТОРАКОСКОПИК АРАЛАШУВЛАРНИНГ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Ж.К.Исмамов, О.Дж.Эшонходжаев
Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази

Британия Торакал Жарроҳлар Жамиятининг бирламчи спонтан пневмотораксни бошқариш бўйича сўнгги кўрсатмалари биринчи такрорланишдан сўнг даволаш жарроҳлик аралашувни ўз ичига олиши кераклигини кўрсатди (буллэктомиядан сўнг плевра ёпишишини индукция қилиш жараёни). Шундай қилиб, бирламчи спонтан пневмотораксни бошдан кечирган беморларда такрорланиш хавфини минималлаштириш учун жарроҳлик ёндашув энг яхши даволаш ҳисобланади. Бунда беморларни хирургик даволашнинг энг замонавий йўналишларидан бири плеврани кимёвий плевродезлашдир. Плевродез висцерал ва париетал плевранинг кенг ёпишишини ҳосил қилиш орқали плевра бўшлиғини йўқотишга қаратилган ва шу билан плеврада суюқлик пайдо бўлиши (асосан малигнизацияда) ёки пневмоторакснинг қайталанишини назорат қилади. Ривожланиш ва кенг қўлланилишига қарамай, турли хил ёпишқоқликни шакллантириш технологиялари ва уларнинг хилма-хиллиги, склерозант агентларининг таъсир механизмлари ҳақида батафсил маълумотлар жуда тўлиқ эмас. Бу масалан, ҳали ҳам қизиқарли ва истиқболли склерозант бўлиб кўринадиган йодоповидонга тегишли. Ушбу агентнинг яллигланишга қарши таъсири фақат ҳайвонлар моделларида синовдан ўтган. Бугунги кунга қадар олиб борилган тадқиқотларнинг аксарияти тальк, доксициклин ва кумуш нитрат каби плевродез тарихи давомида турли вақтларда энг машҳур бўлган агентларга қаратилган.

Тадқиқот мақсади: комбинацияланган плевродезнинг оптималлаштирилган усуллариининг самарадорлигини клиник ва экспериментал баҳолаш асосида буллёз ўпка касаллиги учун видеоассистирланган торакоскопик жарроҳлик аралашувлар натижаларини яхшилаш.

Материаллар ва усуллар. Клиник тадқиқотлар “Акад. В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” УК ва Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 2015-2021 йилларда олиб борилди. Назорат гуруҳига Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида операция қилинган 62 нафар бемор (2015-2021 йиллар) кирди. Асосий гуруҳ эса Акад. В.Воҳидов номидаги РИХИАТМда (2018-2021й) операция қилинган 26 нафар ва Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида операция қилинган 30 нафар бемордан иборат. Иккала гуруҳда ҳам 20-44 ёшдаги беморлар устунлик қилди (асосий гуруҳда 64,3% га нисбатан 67,7% назорат гуруҳида). Эркаклар ўртасида касалланиш ҳам аёлларга қараганда юқори бўлган ва гуруҳлар ўртасида репрезентатив бўлган (назорат гуруҳида 61,3% га қарши асосий гуруҳда 64,3%). Плевродезга эришиш учун иккита асосий усул қўлланилиши мумкин: 1) ВАТС билан механик ёки физик усуллар (масалан, механик ишқаланиш, лазер ёки аргон коагулятсияси) билан плеврага бевосита зарар етказиш; 2) турли хил воситалар (масалан, блеомицин, тетрациклин, йодоповидон, *Corynebacterium parvum*) плеврал адгезияларнинг шаклланишига олиб келади. Биз томонидан ишлаб чиқилган

комбинацияланган плевродез усули париетал плевранинг электрокоагуляциясидан фойдаланишни ва висцерал ва париетал плеврага ФарГАЛС эритмасини қўлашни ўз ичига олади. Плевродезни индукция қилишнинг бу усули арзон ва ишлатиш учун қулай бўлиб, маҳаллий ишлаб чиқарувчининг “ФарГАЛС” препаратини қўллаш жойида ёпишқоқликка олиб келиши мумкин бўлган плеврал ёпишқоқликларни яратиш учун фойдаланишни ўз ичига олади. Усул анча самарали [6, 19]. Тадқиқот натижалари «MS Excel-XP» дастурининг электрон матричасига киритилди. Статистик усуллар ўртача қийматларни (M) ва уларнинг вариацион хусусиятларини (стандарт хато - SE, стандарт оғиш - SD) ҳисоблашни ўз ичига олади. Далиллаш тамойилларига асосланиб, барча ҳисобланган статистик кўрсаткичларнинг ишончлилиги $p < 0,050$ дан $p < 0,001$ гача бўлган. $p > 0,050$ дан паст бўлган барча статистик кўрсаткичлар ишончсиз деб топилди. Тадқиқот натижалари: Беморлари тавсия этилган усул бўйича плевродездан ўтказилган асосий гуруҳ ва замонавий торакал хирургияда энг кенг тарқалган усуллар бўйича плевродез ўтказилган назорат гуруҳи ўртасидаги шартли ажралиш ҳолати бўйича қиёсий таҳлил ўтказилди. Таққосланган гуруҳларда жарроҳлик аралашувининг бевосита натижаларини баҳолаш операциядан кейинги яқин даврнинг боришига (операция давомийлиги, дренаждан ажралма ажралиши) ва ушбу даврнинг ўзига (асоратлар тезлиги, асоратларнинг табиати, беморларни эрта реабилитация қилиш муддати) таъсир қилиши мумкин бўлган омиллар асосида амалга оширилди. ВТС аралашуви сифатини баҳолаш учун асосий кўрсаткичларнинг ўртача давомийлиги асосий гуруҳда операция давомийлиги $76,4 \pm 4,2$ дақиқага тўғри келганлигини кўрсатди, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич $96,3 \pm 4,7$ га тўғри келди. Операциядан кейинги даврда асосий асоратлар ва уларнинг частотаси. Ҳаммаси бўлиб 18 нафар асоратланган бемор, шу жумладан асосий гуруҳда 8 бемор ва назорат гуруҳида 22 бемор. Бир беморда бир ёки бир нечта асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Шундай қилиб, гемостазнинг бузилиши фақат назорат гуруҳидаги 4 (6,5%) беморда қайд этилган; узок муддат ҳаво чиқиши асосий гуруҳдаги 4 (7,1%) беморда ва назорат гуруҳидаги 8 (12,9%) беморда кузатилган. Асосий гуруҳдаги 2 (3,6%) беморда ва назорат гуруҳидаги 4 (6,5%) беморда ўпканинг тўлиқ кенгаймаганлиги аниқланган; экссудатив плеврит асосий гуруҳдаги 2 (3,6%) беморда ва назорат гуруҳидаги 4 (6,5%) беморда ҳам кузатилган; плевра эмпиемаси фақат 2 беморда (3,2%) назорат гуруҳида қайд этилган. Гемоторакс сабабли реторакоскопия назорат гуруҳида 2 (3,2%)та беморда кузатилди. Операциядан кейинги даврнинг оғирлигини белгилайдиган ва беморларнинг ҳаёт сифатига таъсир қилувчи яна бир муҳим омил - дренаждан ажралма ажралиш муддати. Буллёз ўпка касалликларида ВТС аралашувининг тактик ва техник жиҳатларини такомиллаштириш, битта портли киришни ва кимёвий плевродезнинг тавсия этилган техникасини ҳисобга олган ҳолда, травматик омилни (механик плевродезсиз) камайтириш орқали таъминлашга, маҳаллий яллиғланиш жараёнининг намоён бўлишининг жиддийлигини сезиларли даражада камайтириш, умумий асоратларни ва дренажлаш вақтини $5,8 \pm 0,4$ дан $4,4 \pm 0,2$ кунгача ва касалхонада бўлиш муддатини $8,1 \pm 0,3$ дан $6,8 \pm 0,3$ кунгача камайтиришга имкон берди. Таққосланган гуруҳларда булла ёрилишининг қайталаниш частотаси қизиқиш уйғотади. 3 ойгача, таққосланган гуруҳларнинг ҳеч бирида булла ёрилишининг такрорланиши кузатилмади; асосий гуруҳдаги 2 (3,6%)

беморда ва назорат гуруҳидаги 2 (3,2%) беморда 6 ойгача; 12 ойгача бўлган даврда фақат 2 (3,2%) беморда рецидив фақат назорат гуруҳида қайд этилган.

Хулоса: Ёрилиш билан асоратланган ўпканинг буллёз касалликларида тавсия этилаётган кимёвий плевродез усулининг клиник самарадорлиги операциядан кейинги реабилитацияни яхшилаш ва тезлаштириш, касалликнинг ўзига хос асоратлари ва қайталаниш ҳолатларини камайтириш нуктаи назаридан исботланди. Шунингдек, ишлаб чиқилган видеоассистирланган торакоскопик техникани амалга оширишнинг техник афзалликлари операция вақтини соддалаштириш ва қисқартириш нуктаи назаридан плевродез, шунингдек, яллиғланиш жараёнининг намоён бўлиши ва антибактериал таъсир нуктаи назаридан плевра бўшлигига дори таъсирининг клиник аҳамияти аниқланди.

БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВЛАРНИ АЙФЛОКС КЎЗ ТОМЧИСИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

М.Ш. Кодиров
Андижон Давлат Тиббиёт институти.

Офтальмологиянинг жадал ривожланиб бориши кўзнинг турли хилдаги сурункали ва юкумли касалликларини анъанавий усулларда даволашда кўпгина мувоффақиятларга эришмоқда.

Бактериал конъюнктивит кейинги вақтларда жуда кўп таркалиб, кўпроқ болаларда, касаллик узок давом этиши ва тез юкиши билан характерланыпти. Касаллик узок давом этмайди. Яллиғланиш асосан стафилакокк, стрептакокк, микобактериялар таъсири остида пайдо булади.

Яллиғланиш ҳолатини юзага келишида микробиологик омилни устиворлиги инобатга олиниб, бактерияга қарши ва бактерияга қарши дори воситаларига алоҳида эътибор берилади.

Маълумки бактерияга қарши дори воситаларини нафакат бактерияга балки яллиғланишга қарши самараси бор.

Олиб борилган кузатишлардан мақсад даволаш жараёнида бемор кўзидаги бактериал конъюнктивитни АЙФЛОКС (Ципрофлакцасин 0,3%) кўз томчисини қўллаш натижаларини кузатиш.

Материал ва услублар. Шифохонада 2 ой давомида 47 амбулатор бемор бактериал конъюнктивит билан кўриқдан ўтган ва назоратга олинган. Беморлар 2 гуруҳга бўлиб даволанди. 1 гуруҳдаги 27 та бемор бактериал конъюнктивитни анъанавий даволаш усуллари билан ва иккинчи гуруҳдаги 50 та беморга айфлоркс препарати билан даволанди. Биринчи гуруҳдаги беморларда касаллик 10- 15 кун давом этди, иккинчи гуруҳдаги беморларда касаллик 6-8 кун давом этди.

Натижа олинган кўрсаткичлар тахлили иккала гуруҳда ҳам касалликни чакирувчиси турли хил бактериялар, касалликни клиник кечиши бир хил, лекин даволаниш давомидаги натижа хар хил.

1.Биринчи гуруҳдаги 27 та бактериал конъюнктивит билан оғриган беморни анъанавий дори воситалари билан даволанди. Ўртача даволаниш 10-15 кунни ташкил этди.

2. Иккинчи гуруҳдаги 20 та бактериал конъюктивит билан оғриган беморни айфлорекс препарати билан даволанди. Ўртача даволаниш 6-8 кунни ташкил этди. Кўриш ўткирлиги 1,0. Муҳокама. Клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, турли хилдаги кўздаги вирусларга қарши тез ва самарали даволаш учун айфлорекс тавсия этиш касалликни узок давом этиши ва асоратларни олдини олади.

Хулоса.

1. Бактериал конъюктивитларда айфлорекс препаратини қўллаш кўзда оддий муҳитни яратишга имкон беради.

2. Айфлорекс препарати кўздаги иммунитетни кучайтиради ва эпителизацияни яхшилади, иккиламчи яллиғланишни олдини олади.

БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВITЛАРНИ ФУТАРОН ГЕЛИ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ

Кодиров М.Ш.

Мақсади. Бактериал конъюктивит кейинги вақтларда жуда кўп тарқалиб, кўпроқ болаларда учрайди, касаллик узок давом этиши ва тез юкиши билан характерланади. Касалликни унча узок давом этмайди. Яллиғланиш асосан стафилакокк, стрептакокк, микобактериялар таъсири остида пайдо бўлади.

Яллиғланиш ҳолатини юзага келишида микробиологик омилни устиворлиги инобатга олиниб, бактерияга қарши дори воситаларига алоҳида эътибор берилади.

Маълумки, бактерияга қарши дори воситаларини нафакат бактерияга балки яллиғланишга қарши самараси бор.

Олиб борилган кузатишлардан мақсад даволаш жараёнида бемор кўзидаги бактериал конъюктивитни футарон гелини қўллаш натижаларини кузатиш.

Материал ва услублар. Шифохонада 1 йил давомида 87 амбулатор бемор бактериал конъюктивит билан куриқдан утган ва назоратга олинган. Беморлар 2 гуруҳга бўлиб даволанди. 1 гуруҳдаги 37 та бемор бактериал конъюктивитни анъанавий даволаш усуллари билан ва иккинчи гуруҳдаги 50 та беморга футарон гели даволанди. Биринчи гуруҳдаги беморларда касаллик 10-15 кун давом этди, иккинчи гуруҳдаги беморларда касаллик 6-8 кун давом этди.

Натижа олинган кўрсаткичлар тахлили иккала гуруҳда ҳам касалликни чакирувчиси вирус, касалликни клиник кечиши бир хил, лекин даволаниш давомидаги натижа ҳар хил.

1. Биринчи гуруҳдаги 37 та бактериал конъюктивит билан оғриган беморни анъанавий дори воситалари билан даволанди. Ўртача даволаниш 10-15 кунни ташкил этди.

2. Иккинчи гуруҳдаги 50 та бактериал конъюктивит билан оғриган беморни футарон гели билан даволанди. Ўртача даволаниш 6-8 кунни ташкил этди. Кўриш ўткирлиги 1,0. Муҳокама. Клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, турли хилдаги кўздаги вирусларга қарши тез ва самарали даволаш учун футарон гелини тавсия этиш касалликни узок давом этиши ва асоратларни олдини олади.

Хулоса.

1. Бактериал конъюнктивитларда футарон гелини кўллаш кўзда оддий мухитни яратишга имкон беради.
2. Футарон гели кўздаги иммунитетни кучайтиради ва эпителизацияни яхшилайти, иккиламчи яллиғланишни олдини олади.

ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАР ОРТОПЕДИК СТАТУСИНИНГ ҚИЁСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ

**Қурёзов А.Қ., Қурёзов Ш.А., Искандарова А.И.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали.**

Долзарблиги: Турли ёшдаги аёллар стоматологик статусини аниқлаш, стоматологик саломатликни баҳолаш, ушбу патологик ҳолатлар учраш даражасини аниқлаш асосида улар орасида стоматологик касалликлар тарқалганлиги, улардан қолаётган асоратлар, даволаш ва профилактикасига янгича ёндошган ҳолда даволаш-профилактика тадбирларини ишлаб чиқиш амалга оширилган тадқиқотлар талайгина. Аммо фертил ёшдаги аёлларнинг турар жойига боғлиқ ҳолда қиёсий ўрганиш, уларга кўрсатилаётган стоматологик хизмат сифатини баҳолаш, ушбу мутахассисларга бўлган эҳтиёжни қишлоқ шароитига мос аниқлаш муҳим бўлиб, клиник ва профилактик стоматология билан бир қаторда экологик стоматология йўналишининг ривожланишига ҳисса қўшади. Шундан келиб чиққан ҳолатда, қишлоқ шароитида доимий яшовчи фертил ёшдаги аёллар (19-49 ёш) стоматологик саломатлиги стоматологик кўрик ва респондентлар орасида сўров-интервью усулида стоматологик касалликлар бўйича тиббий билим даражасини аниқлаш бўйича ўрганилди.

Тадқиқот мақсади: Фертил ёшдаги аёлларда оғиз бўшлиғидаги клиник ва функционал ўзгаришларни ўрганиш, таҳлил қилиш ва баҳолаш, стоматологик касалликларини эрта ташхислаш ва ривожланишини башорат қилиш мезонларини ишлаб чиқишдан иборат. Материаллар ва усуллар: Барча ўрганилган фертил ёшдаги аёллар (19-49 ёш) типик қишлоқ туманлари бўлган Боғот (986 нафар) ва Янгибозор (933 нафар) туманларида доимий яшаётган аёллар бўлишди (асосий гуруҳ 1919 нафар), Урганч шаҳрида доимий истиқомат қилувчи аёллар таққослаш мақсаида ўрганилди (қиёслаш гуруҳи 855 нафар). Стоматологик саломатликни баҳолашнинг муҳим кўрсаткичларидан бири бу ўрганилаётган контингентнинг ортопедик статусини аниқлашдир. Ушбу параметрни ўрганиш бўйича олинган натижалар шуни қишлоқ ва шаҳар аёллари орасида ишонарли даражадаги фарқ кузатилди. Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, тиш протези йўқ бўлган аёллар кўпчиликлари ташкил қилди, агар Боғотлик аёлларда юқори ва пастки жағ бўйича бу параметр мос равишда $85,09 \pm 1,13\%$ ни ($n=839$) ва $83,37 \pm 1,19\%$ ни ($n=822$) ташкил этган бўлса, Янгибозорлик аёллар бўйича мос равишда $88,42 \pm 1,05\%$ ($n=825$) ва $84,67 \pm 1,39\%$ га ($n=790$) етган. Ушбу кўрсаткичларнинг ўзгаришлар тенденцияси ва интенсивлиги бир-бирига жуда яқин бўлди ва ишонарли тафовут аниқланмади ($P>0,05$). Шу кўрсаткич бўйича Урганч шаҳрида доимо истиқомат қилувчи фертил ёшдаги аёллар маълумотлари қишлоқ туманлари аёлларига нисбатан ишонарли даражада камлиги билан фарқланди ($P<0,05$). Ушбу параметрлар юқори ва пастки жағ бўйича мос равишда $82,11 \pm 1,31\%$ ($n=702$) ва $78,71 \pm 1,40\%$ ни ($n=673$) ташкил этди, бу параметрлар

қишлоқ туманлари аёлларидан кўра ишонарли равишда фарқ қилиши аниқланди ($P < 0,05$). Кўприксимон протез борлиги бўйича кўрсаткичларда ҳам шундай тенденция аниқланди, бу ҳолатда ҳам шаҳарликлар параметрлари қишлоқ туманлари кўрсаткичларидан ишонарли даражада юқори бўлди. Юқори ва пастки жағ бўйича $17,89 \pm 1,31\%$ ($n=153$) ва $21,29 \pm 1,40\%$ ($n=182$)ни ташкил этди. Боғотлик (мос равишда $14,91 \pm 1,13\%$, $n=147$) ва $16,63 \pm 1,19\%$, $n=164$) ва Янгибозорлик ($11,58 \pm 1,05\%$, $n=108$ ва $15,33 \pm 1,39\%$, $n=143$) аёллар кўрсаткичлари бўлса ишонарли даражада пастлиги билан ажралиб турди. Шунини таъкидлаш керакки, турар жойидан қатъий назар пастки жағда кўприксимон протез борлиги юқори жағга нисбатан кўп бўлди.

Таҳлил шунини кўрсатдики, тиш протезларининг борлиги стоматологик саломатликни сақлаш белгиси бўлиб, улар функциясини сақлаб қолади.

Стоматологик саломатлик кўрсаткичларининг келтирилган кўплаб кўрсаткичлари бўйича унинг ёмонлашганлик белгиси қишлоқда яшовчи аёлларда кўплиги аниқланди. Бу ҳолат стоматологик касалликлар кўплиги, аёлларнинг стоматологик касалликларга хос шикоятлари параметрлари; стоматологик диагнослар аниқланиш даражаси; КПУ индекси ва интенсивлиги бўйича протезлашга бўлган муҳтожлик бўйича кузатилди.

Хулоса. Қишлоқ туманлари ва шаҳар ҳудудларида доимий истиқомат қилувчи фертил ёшдаги аёллар ортопедик статусини ўрганиш натижасида турар жойидан қатъий назар, кўприксимон протезлар 29-38 ёшли ва 39-49 ёшлиларда аниқланганлиги, ушбу протезнинг юқори ва пастки жағда учраши бўйича ишонарли тафовутлар аниқланмагани, уларда ортопедик хизмат кўрсатиш даражаси амалий жиҳатдан бир хилда эканлиги исботланганлиги стоматологик хизматни ташкил этиш ҳамда молиялаштиришда ҳисобга олиниши лозимлиги кўрсатилди.

ТАШРИХДАН СУНГИ ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИДАГИ КЕЛОИД ЧАНДИКНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

М.М.Мадазимов А.П.Хабибуллаев
Андижон давлат тиббёт институти

Келоид чандиқ – бу хирургик кесма ёки травматик тери шикастланишидан сўнг ривожланувчи патологик жараён бўлиб фиброз бириктирувчи тўқимани ўсиб кетиши сабабли юзага келувчи жароҳатни патологик битишидир.

Келоид чандиқ фақатгина косметик муаммо бўлиб қолмай бу жиддий хирургик муаммоҳамдир, чунки ташрих натижасини ёмонлаштириб бемор ҳаёти сифатини пасайишига олиб келади. Келоид чандиқ фақатгина ташрих жароҳатидан сўнг ривожланиб қолмай. Турли сабаблар орқали тери бутунлиги бузилишлари ва ҳам сабаб бўлади. Кўпинча танани кўкрак ва қорин соҳаси териларида кам ҳолатларда юз ва бўйин соҳаларидаги жароҳатлардан сўнг учрайди. Характерли томони шундаки келоид чандиқни оператив даводан сўнг қайталаниши хусусиятини мавжудлигидир. (English R.S.Shenefelt F.D., 1999) Келоид чандиқни даволашда турли усуллари ишлаб чиқилган- келоидни кесиб олиш, рентгенотерапия, маҳаллий ёки умумий глюкокортикоидлар қўллаш, интерферон, гиалуноридаза, криотерапия, лазер терапия компрессион терапия қилинган. (Л.А.Болховитин., М.Н., Повлова 1977 г) лекин

аксарият аниқроғи 66% беморларда касалликни рецидивни юзага келади. АДТИ клиникаси 1- жаррохлик бўлими Факультет ва Госпитал Жаррохлик кафедрасида 2014-2024й давомида 16 нафар келоид чандик билан даволанган беморлар кузатилди. Шундан 9 таси аёл ва 7 таси эркак. Беморларни барчаси ташрихдан сўнгги келлоид чандик туфайли мурожат қилган бўлиб 11 таси қорин девори, 1 таси кўкрак соҳаси, 4 таси қўл ва оёқлардаги ташрихдан сўнг ривожланган келоид. 7 та беморда келоид чандикни кесиб олиш ташрихи ўтказилди. Ташрих олди жараёнида беморда десенсибилизация учун қуйидаги даво муолажалар ўтказилди.

Тиосульфат натрий 30% 10мл в\в. таб. Ларатал 1 таб 1 маҳал. Таб. Серрата 10 мг 1 таб 3 маҳал. Нухат, мош, ловия каби дуккакли озик овқатлар, спиртли ичимликлар ва тамаки махсулотлари чекланди. Ташрих умумий огриксизлантириш остида тери соғлом жойидан келоид чандик билан бирга кесиб олинди ва тери ичига косметик чоки қўйилди. Ташрихдан сўнгги даврда эса десенсибилизация учун даво муолажаларини қўллаш билан бирга контратубекс малхами ва жарохатга интенсивлиги паст бўлган лазер нури қўлланилди. Ташрихдан сўнг жарохат юзасига контратубекс 2 маҳал қўйилди ва шу билан биргаликда таркибида олтин гугурт сакловчи сув билан боғлам қўйилди. Ташрихдан сўнгги даврда антигистамин препаратлар давом эттирилди. Шу билан бирга умумий қон тахлилида эозинофилия ҳар ойда 2 марта эозинофилия назорат қилиб борилади. Юкоридаги даво муолажалари олиб борилиши натижасида ташрихдан сўнг келоид чандикни рецидивини толиқ олдини олади.

“ФУНДУС”КАМЕРА ОРҚАЛИ ОРГАНИЗМНИНГ УМУМИЙ КАСАЛЛИКЛАРИДА КЎЗ ТУБИНИ ПРОФИЛАКТИК ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

М. Машрабова
Андижон Давлат Тиббиёт Институти

Мавзуни мақсади: Илмий текшириш ишларини олиб боришдан мақсад аҳолини профилактик текшириш ва соғломлаштириш мақсадида тиббий куриқдан тулик утказиш натижасида соғлом организмда куз олмаси тур пардаси ва куз ички босими касаллиги яширин ҳолда кечаётганини ва бўладиган ўзгаришларни “Фундус” камера орқали текшириб диагностика қилиш, касалликни тўлиқ ўрганиш. Материал ва методи: Шифохонага 2022 – 2023 йил давомида келган беморлардан 1110 таси диагностика мақсадида бирламчи офтальмологик текширувдан ўтказилди. беморларни куриш ўткирлиги, кўз ички босими контактли ва контактсиз, переметрия, авторефрактометрия текширувидан ўтгандан сўнггра Трапикамид 1% кўз томчиси томизилиб 30 дакикадан сўнггра “Фундус” камера текширувидан ўтказилди, 870 та беморда кўз тубида турли даражадаги ўзгаришлар аниқланди. Бундан ташқари текширув учун тўр парда касалликларини келтириб чиқарувчи биологик ва социал факторлар, қандли диабет, хафакон касаллиги, коллогеноз касалликлари, туберкулез, ОИТС билан оғриган беморлар алоҳида олинди. Барча “Фундус” камерага тушириладиган беморларни кўзни кўриш ўткирлиги аниқланиб, рефрактометрия қилинди, ички босими ўлчанди сўнггра қорачикни кенгайтириш миқсадида

Трапикамид 1 % ли томчиси томизилди ва 20 дақиқадан сўнг текширувга киритилади. Натижа: Текширув натижаси шуни курсатдики, “Фундус” камера оркали профилактик текширувдан утказилган 1110 та беморлардан 284 тасида тўр пардага турли хажмда янги ва эски кон куйилишлар кузатилди. Контактсиз куз ички босими 30 ёшдан юкори аҳолида ўлчанди. Текшириш натижасида шу нарса аниқландики, 875 та аҳолидан 68 тасида кўз ички босими юкори чикди ва кўриш ўткирлиги эксцентрик торайгани аниқланди.

2-гурух. Кўриш фаолиятини оғир асоратларга олиб келувчи касалликлар – (диабетик ретинопатия, нейроретинопатия, гипертония, КНД атрофияси, тўр пардага кон куйилиши, тўр пардани кўчиши)- 145 та;

3-гурух. Клиник рефракцияни ва бинокуляр кўришни бузилиш касалликлари - (Миопия, гиперметропия. ОИТС, токсоплазмоз) - 55 та

1- гуруҳда бирламчи текширувга келган беморлардан 26 тасида тўр пардада турли хилдаги ўзгаришлар, 2 та беморда тўр парда ва сариқ доғ атрофида улкан хажмдаги кон куйилишлар аниқланди. Қолган 74 та беморда тўр парда ўзгаришсиз холда бўлди.

2-гурухда кўриш фаолиятини оғир асоратларга олиб келувчи касалликлар – (қандли диабет, гипертония, тўр пардага кон куйилиши, тўр пардани кўчиши) - 145 та;

Иккинчи гуруҳдаги беморларда асосан умумий касалликларнинг асорати сифатида тўр пардада турли хилдаги ўзгаришлар келиб чиққан. Асосан қандли диабетнинг барча босқичлари билан оғриган 76 та беморда тўр пардада ўзгаришлар кучайиб борган.

Диабетик нейроретинопатия билан оғриган 24 та беморда тўр пардага турли даражада кон куйилган. Гипертония касаллиги билан оғриган 27 та беморда тўр пардада турли даражадаги ўзгаришлар аниқланди. 8 та бемор биттадан кўзи тўр пардасида сабабсиз кон қуйилган. 6 та беморда турли хажмдаги корамтир чегарали ўчоқлар ва 4 та беморда тўр парда кўчгани аниқланди.

3-гурух. Клиник рефракцияни ва бинокуляр кўришни бузилиш касалликлари - (Миопия, гиперметропия. ОИТС, токсоплазмоз) - 55 та. Шуларда 36 та беморда миопик хориоретинит турли холатда, 9 та беморда экссудатив хориопатия, 10 та беморда дегенератив ўчоқлар аниқланди.

ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ЎСМИРЛАРНИНГ НАРКОТИК МОДДАЛАРГА ТАЪСИРЧАНЛИГИНИ ЎРГАНИШДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА

**Назарова Г.У., Бойқўзиева М.Б.
Андижан давлат тиббиёт институти**

УАШ малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш кафедраси, стоматология ва олий ҳамширалик иши курси

Долзарблиги: Наркотик моддалар қабул қилиш охирги йилларда Ўзбекистонда умумхалқ муаммосига айланиб бормокда. Бу касаллик билан асосан ёшлар зарарланиб охир оқибат наркотик модда қулига айланмокда, ўқишни, ишни, оилани

ташлаб кетмоқда. Мақсад: Бирламчи тиббий бўғинда ўсмир ёшлар ўртасида наркоманияни олдини олиш ишларини сифатини яхшилаш. Материал ва услуб: Бизни текширув Андижон шаҳри 3-оилавий поликлиника худудидаги 4-ўрта мактаб шароитида ўтказилди. Текширувимишга 15-16-17 ёшли мактаб ўқувчиларидан 50 нафари олинди. Текширув методи сифатида махсус ишлаб чиқарилган, 3 пункт ва 10 та саволларни ўз ичига олган анкета сўровномасидан фойдаланилди. Ўқувчилардан аввал 1-анкета суровномси ўтказилди. Сўнгга ушбу ўқувчилар ва уларни ўқитувчилари, мактаб врачлари, хамшираси ўртасида наркомания мавзусида маъруза ўтказилди. Маърузадан сўнг 2-анкета сўровномаси ўтказилди.

Натижалар: Қўйидаги натижаларга эришилди: биринчи анкета сўровномасида жами 250 (400%) балл, 2-чи анкета сўровномасида 455 (500%) баллни ташкил этди. Текширувимиш натижалари шуни кўрсатдики, бизнинг ўсмир ёшларимиз наркомания тўғрисида билимларга эга эмаслар. Бунга сабаб бирламчи тиббий бўғинда бирламчи профлатик ишларни яхши эмаслигидир. Ўсмир ёшлар наркотик моддалар ва уларни таъсирлари ҳақида чуқур билимга эга эмаслар, мактабларда наркомания тўғрисида чуқурлаштирилган ва кенгайтирилган дарслар ташкил қилинмаган. Текширувимишдан кўриниб турибдики, наркоманияга дучор бўлган ёшлар қаерга, қайси мутахассисга бориб маслаҳат олишни билмайдилар. Сабаби оила шифокорини оилага тўла кириб бормаганлигидан ва қўл остидаги аҳолисини ишончини қозона олмаганлигидандир. Ўсмирлар, яъни наркотик қабул қилаётган ўсмирлар шифокорга боришдан чўчиб юрадилар ва вақтида шифокорга мурожаат қила олмай қоладилар. Бунга сабаб улар аноним марказлар борлигини билмасликлари. Хулоса: Бизнинг бирламчи тиббий бўғинда бирламчи профилактик ишларимиз паст даражада. Текширувларимиз шуни кўрсатиб турибдики, бизнинг ўсмир ёшларимизни наркомания ҳақида билимлари паст. Наркотик моддаларга нималар кириши ва уларни таъсири тўғрисида билимга эга эмаслар.

Тавсия: 1. Мактаб маъмурияти, маҳалла фуқаролар йиғини ва оила шифокорлари биргаликда наркотик моддалар зарарли таъсирлари ҳақида маърузаларни кўпроқ ўтказишлари керак.

2. Ёшлар билан ишлаш гуруҳларида наркотикларга боғлиқлигини олдини олиш борасида кўргазмалар қўроқлар тайёрлаш, оммавий ахборот воситаларида чиқишлар уюштиришни ташкил этиш керак.

ПОЛЬЗА ГРЕЦКИХ ОРЕХОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Назарова Ёркиной Халпажановна, ассистент кафедры "Медицинской и биологической химии" Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения. Сабирова Хуснигул Гайратовна ассистент кафедры "Медицинской и биологической химии" Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения.

АННОТАЦИЯ. В статье рассмотрены основные свойства грецкого ореха и его воздействие на организм человека. Указан химический состав и пищевая ценность ореха, рассмотрено использование в различных видах медицины и эффективность его применения при различных заболеваниях.

Ключевые слова: грецкий орех, польза, вред, полезные свойства, противопоказания

Грецкий орех (лат. *Jugans regia L*, другое название "волошский орех") – не только вкусный, но и полезный продукт. Грецкий орех – дерево семейства ореховых, в котором 8 родов и 60 видов. Наиболее распространен так называемый "английский грецкий орех". Его лечебные свойства издавна применяют при заболеваниях сердца, сосудов, печени, нарушениях желудочно-кишечного тракта и лечебные свойства изучены лучше, чем у других разновидностей. Благодаря своему богатому химическому составу, хорошей усвояемости и положительному влиянию на сердце, сосуды, а также нервную систему орехи входят в рекомендации по питанию врачей различных специальностей. Для лечения применяют листья, зеленые и зрелые орехи, скорлупу и перегородки. Листья богаты витамином С. Его уровень достигает максимума в середине вегетационного периода. Незрелые орехи заготавливают в июне, когда они приобрели размер спелого, но створки непрочные, их можно проколоть иголкой. Идут на варенье и маринады из-за входящего в состав витамина С. Из-за высокого содержания жиров очищенные от скорлупы ядра быстро прогоркают. Прохладное темное и сухое место увеличивает срок хранения – например, холодильник. В морозилке при температуре -18С они сохраняют свойства до года. Как известно, антиоксиданты способствуют защите организма человека от болезней, поскольку препятствуют цепной реакции, разрушающей клетки, когда происходит процесс окисления. Ученые полагают, что все орехи весьма питательны, но грецкие орехи гораздо более полезны, чем арахис, миндаль или фисташки. Орехи находятся в топе растительных продуктов по количеству высококачественного белка, который практически полностью усваивается организмом, полезных жиров, например, в 100 г грецких орехов 10 г Омега-3, а также жирорастворимых витаминов А и Е, микроэлементов (кальций, магний, цинк) и полезной клетчатки.

Таблица 1. Химический состав грецкого ореха

Основные вещества (г/100 г)	Грецкий орех
Вода	4,07
Углеводы	13,71
Сахар	2,61
Белки	15,23
Пищевые волокна	6,7
Жиры	65,21
Калории (кКал)	654
Минералы (мг/100 г):	
Калий	441
Фосфор	346

Магний	158
Кальций	98
Цинк	3,09
Железо	2,91
Натрий	2
Цинк	3,09

Выводы. Люди, в рационе которых регулярно присутствуют орехи, имеют низкие риски по развитию ишемической болезни сердца, инфаркта и онкологических заболеваний. Кроме того, употребление орехов имеет положительное влияние на гормональную систему и, в целом, обладает противовоспалительным и выраженным антиоксидантным эффектами, снижает уровень стресса, что особенно важно для людей с высокой физической и интеллектуальной нагрузкой, а также людей зрелого возраста.

5. ETIOPATHOGENETIC MECHANISMS OF ENDOCRINE SYSTEM DISEASES, RELEVANCE AND MORBIDITY INDICATORS OF THE POPULATION OF FERGANA CITY, A

Tishabaeva, nargiza universum: химия и биология 100 (10), 18-20, 2022 гендер фарқларини ҳисобга олган ҳолда геморрагик инсултнинг ўткир даврида иммунитет кўрсаткичларининг ўзгариши хусусиятлари нарзуллаев н.у., шодмонов ж.б. Абу али ибн сино номидаги бухоро давлат тиббиёт институти бухоро туман тиббиёт бирлашмаси реанимация бўлими.

Аннотация: мақолада беморларда учрайдиган гендер фарқларини ҳисобга олган ҳолда геморрагик инсултнинг ўткир даврида иммунитет кўрсаткичларининг ўзгариши хусусиятлари кўрсатилиб ўтилган.

Тадқиқотнинг мақсади - гендер фарқларини ҳисобга олган ҳолда геморрагик инсултнинг ўткир даврида беморларда иммун тизими ҳолатидаги ўзгаришларнинг хусусиятларини аниқлашдан иборат. Материаллар ва тадқиқот усуллари: Тадқиқотда 160 нафар текширилган беморлар иштирок этди, улардан 100 нафари (50 нафар эркак ва 50 нафар аёл) нисбатан соғлом эди (улар шикоят қилмаган, диспансерда рўйхатдан ўтмаган ва ташхис қўйилмаганлар). Қабул пайтида 60 нафар беморга (30 нафар эркак ва 30 нафар аёл) ишемик инсулт ташхиси қўйилди ва иммунитет ҳолати ўрганилди.

Беморларнинг иммун тизими ҳолатини ўрганишда қуйидаги кўрсаткичлар аниқланди: Т ва В лимфоцитларининг субпопуляциялари: CD3+ медиаторларини ташувчи периферик қон лимфоцитлари сони (етук Т-лимфоцитлар); CD4+ (Т-хелперлар); CD8+ (цитотоксик Т- хужайралари); CD16+ (табiiй киллерлар); CD20 + (В-лимфоцитлар), шунингдек CD 4+ / CD 8 + нисбати. Умумий иммуноглобулинлар IgG, IgM, IgA -Mancini ва ҳаммуаллифлари усули билан, шунингдек, IgE ИФА усули билан аниқланган . C3, C4 комплементар компонентларининг таркиби TNFα, IL-10,



IL-2, IL-6, IL-8, интерферон- γ (IFN- γ), IL-4, IL-10 аниқланди. Ўтказилган тадқиқотлар натижасида аниқланди: жинсидан қатъи назар, геморрагик инсултнинг ўткир даврида периферик қонда лейкоцитлар, таёқчасимон нейтрофиллар ва лимфоцитларнинг умумий сонининг таққослаш гуруҳидаги соғлом одамлар билан таққослаганда статистик жиҳатдан сезиларли ўсиши кузатилди. Шу билан бирга, эркаклар ва аёлларда сезиларли ўзгаришлар аниқланмади. Ушбу кўрсаткичларнинг ошиши тананинг яллиғланиш реакцияси билан боғлиқ бўлиши мумкин. Иммуניתетнинг гуморал звеноси кўрсаткичларини, комплемент тизими кўрсаткичларининг фаоллигини, геморрагик инсултнинг ўткир даврида беморларда цитокинларнинг таркибини, нисбатан соғлом бўлганлар билан солиштирганда, гендер хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда ўрганиш шуни кўрсатдики, касалликнинг ўткир даврида ишемик инсулт бўлган беморларда яллиғланиш олди IL-10, IL-6, IL-8, IL-2 нинг периферик қонда ошиши, шу билан бирга яллиғланишга қарши IL-10, IL-4 ва TNF- α , IFN- γ – интерлейкинларнинг камайиши кузатилди.

Бундан ташқари, иккала гуруҳда ҳам IgG, IgM, IgE, комплементнинг умумий миқдори, унинг C3 ва C4 фракциялари, C1-ингибитори, ЦИК, омил, ФИ, ФЧ, НСТ-сп., НСТ-ст.статистик жиҳатдан сезиларли ўсиш кузатилди.

Хулоса: Геморрагик инсулт билан оғриган беморларда аниқ яллиғланиш белгилари мавжуд. Хужайра звеноси, ўрганилаётган кўрсаткичларда гендер асослари бўйича фарқлар мавжуд, эркаклар гуруҳида аёллар билан таққослаганда барча ўрганилган кўрсаткичларнинг статистик жиҳатдан сезиларли ўсиши аниқланди.

СПОСОБ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

**Норов М.Ч., Мустафакулов И.Б., Махамадаминов А.Г.
Сам ГМУ1 и ЦРПКМР2 МЗ РУз**

Цель исследования. Несмотря на современные достижения диагностических технологий, развитие хирургической техники, анестезиологии и интенсивной терапии, фармакологии, до настоящего времени однозначного решения проблемы диагностики и лечения закрытых повреждений полых органов (ЗППО) при травмах живота не существует. Между тем, распространенность ЗППО в структуре травм живота достигает от 16,3 % до 43% [Иноземцев Е. О. с соавт., 2017; Кухарев Д.И., 2018; Гольбрайх В.А. с соавт., 2019; Butcher N. et al., 2013; Simmel S. et al., 2013; Gross T. et al., 2016].

Материал и методы исследования. Решение данной задачи нами было осуществлено путем модификации и адаптации к закрытым травмам живота известных шкал ISS и SAPS. В связи с этим нами была поставлена задача разработки интегральной шкалы прогнозирования вероятности тяжелого течения ЗППО при травмах живота. Решение данной задачи нами было осуществлено путем модификации и адаптации к закрытым травмам живота известных шкал ISS и SAPS. При этом были проведены ретроспективные исследования по определению прогностической значимости и статистической достоверности антропометрических, клинических, инструментальных и лабораторных показателей риска развития

тяжелого течения закрытых абдоминальных травм сопровождающихся с повреждением полых органов брюшной полости. Статистический анализ проводился отдельно в группах пациентов, у которых не наблюдалось тяжелого течения ЗППО и в группе пациентов, у которых отмечалось тяжелое течение последних. Нами рассчитывались значения χ^2 для каждого из выбранных показателей. Критическое значение последнего составляло 3,84. Превышение рассчитанных показателей χ^2 данного критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности данного показателя ($P < 0,01$). Результаты исследования. В результате проведенных соответствующих расчетов нами были получены данные, свидетельствующие о статистической достоверности и прогностической значимости 22 предикторов. Из данных явствует, что в результате проведенных соответствующих расчетов статистически достоверными оказались такие предикторы как: возраст >50 лет, ISS ≥ 25 , кровопотеря >1000 мл, ожирение (ИМТ >30), сопутствующие заболевания, наличие сахарного диабета, систолическое АД <70 мм.рт.ст., пульс >120 в 1 мин, сознание по шкале Глазго <11 , Hb крови <90 мг/мл, лейкоциты крови >10000 (кл/мм ^{3}), ВСК $<3,0$ мин, ФБ А $<3,2$ ммоль/л, креатинин $> 10,0$ мг/дл, диурез $<1,0$ мл/кг/час, калий $<2,5$ мэкв/л, вздутие живота, притупление в отлогих местах живота, отсутствие перистальтики кишечника, свободный воздух в брюшной полости, жидкость в брюшной полости, наличие забрюшинной гематомы, гнойно-каловый перитонит. После установления статистически достоверности предикторов в исследовательских группах нам предстояло определение их прогностической значимости. С этой целью нами произведены соответствующие расчеты по формуле расчета прогностических коэффициентов (ПК). ДК принято считать логарифм отношения вероятностей симптомов при болезнях В1 и В2, взятый с двумя знаками после запятой и умноженный на 100. Выводы. Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что предложенная нами интегральная шкала прогноза вероятности тяжелого течения ЗППО при травмах живота отличается высокими показателями чувствительности, специфичности и общей точности и позволяет достоверно прогнозировать риск тяжелого течения данных повреждений.

Широкое применение интегральной шкалы у больных с ЗППО при травмах живота позволяет оптимизировать лечебно-диагностический процесс и существенно улучшить результаты лечения этого тяжелого контингента urgentных больных.

ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВАҚИДА ҚОН КЕТИШ ВА УНИ ТЎХТАТИШ ЙЎЛЛАРИ

**Отабоев И.Х., Махмудов Н.И., Валиев А.С.
Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти**

Видеолапароскопик амалиёт вақтида ўткир холецистларда ўт пуфаги артериясидан қон кетиш ҳолатлари адабиётлар бўйича 9-12 % (Балаликин, 1996 й) ни ташкил қилади ва бу кўпинча традицион усулга лапаротомияга ўтишни асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади.

РШТИМФФ абдоминал жаррохлик бўлимида 2019 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда 394 нафар беморда лапароскопик холецистэктомия жаррохлик амалиёти



бажарилган. Бу беморларнинг 11 нафарида (2,79%) амалиёт вақтида турли даражада қон кетиш ҳолатлари кузатилган. Қон кетиш асоратлари сабаблари турлича бўлиб, ўт пуфагини ажратиш вақтида артерия тортилиб, узулиб кетиши, артерияни эндоэластик билан қисман жароҳатланиши оқибатида, артерияга клипс қўйилганда қиркилиб кетиши ва артерияни қўшимча тармоғи бўлганда сезмасдан кесиб юбориш, турли даражадаги ўт йуллари ва артериясини аномалияларида, ўт пуфаги жигар ичида жойлашганда ўрнидан турли даражада қон кетиш ҳолатлари кузатилади. Қон кетишни лапароскопик усулда тўхтатишни ўзига хос кийинчиликларидан артерия пульсация қилиб қонаётган вақтда лапароскоп оптикасини «беркитиб» қўяди ва қўриш майдонини ёмонлаштиради, тездагина гепатодуоденал боғлам соҳасида гематома ҳосил бўлади. Бу вақтда қонаётган соҳага электроотсос ёрдамида тортиб турилиб, қонаётган томир чўлтоғи эндоэластикга олишга ҳаракат қилинади ва қўшимча клипслар қўйилади ва керак бўлса электрокоагуляция қилинади. Бу ҳам ўт йулларини коагуляция ёрдамида термик қўйишига ва қўшимча қон кетишга сабаб бўлиши мумкин.

Ўт пуфаги артериясидан қон кетаётган вақтда тўхтатиш учун юмшоқ эндоэластик ёрдамида гепатодуоденал боғлам билан қўшиб жигар артерияси босилади ва қорин бўшлиғига 10 мм ли троакар ёрдамида қўшимча инструмент киритилади. Бу усул билан қон кетиш тўхтатилади ва қонаётган томир усти ювилиб, қонаётган маънаб идентификация қилинади, электрокоагуляция қилиниб ёки қўшимча клипсларни гемостаз бажарилади. Қон кетиш тўхтагач гепатодуоденал боғламни ушлаб турган юмшоқ эндоэластик қўйиб юборилади. Турли даражада қон кетиш асорати кузатилган 11 ҳолатдан (2,79 %) 9 тасида (2,28 %) шу усул билан қон кетиш тўхтатилган. 2 – та (0,5%) ҳолатдагина кучли профуз қон кетиш ҳолатлари бўлганлиги учун лапаротомия қилишга мажбур бўлинган. Булардан 1 таси склерозланган калькулез холецистит бўлиб ўт пуфаги жигар ичида жойлашган ва атрофи қўплаб битишмалар билан ёпишиб кетганлиги туфайли ажратиш вақтида пастки ковак венани жигар ичига кириш жойида коагуляция билан жароҳатланиши оқибатида кучли қон кетиш ҳолати кузатилган ва беморни ўлимига олиб келган. Бу умумий беморларни (0,2 %) ташкил қилади. Қолган қон кетиш асорати кузатилган беморлар соғайиб кетган.

ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ ОМИЛИНИНГ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР КЕЛИБ ЧИҚИШИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ

**Пакирдинов А.С., Мамасолиев Н.С., Мадазимов М.М., Усмонов Б.У.
Андижон давлати тиббиёт институти.**

Кириш. Ҳозирги кундаги гастродуоденал яра(ГДЯ) скрининги ва профилактикаси масалалари энг долзарб мавзулардан бири сифатида тасдиқланган. Аҳолининг узок умр кўрувчилар популяцияси(УУКП)да ҳаёт сифатини таъминлашда эрта ва мувофиқ профилактикаси, юқори даражадаги сифатли тиббий ёрдамни муҳим интеграл ва мустақил кўрсаткичга кўтариш муҳим аҳамият касб этади. Тадқиқот мақсади: Узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларни келиб чиқишида

гиперхолестеринемиянинг (ГХС) хатар омили сифатида эпидемиологик тавсифини ўрганиш. Материал ва метод: гастродуоденал яра келиб чиқишида гиперхолестеринемия омили бор 336 нафар, гиперхолестеринемия омили йўқ бўлган 383 нафар уюшмаган УУКП олинди. ГСХ хавф омилини аниқлашда бир вақтли ва репрезентативли тадқиқот ўрганилди. Эпидемиологик тадқиқотни ташкил этишда ва ўтказишда ЖССТ томонидан тавсия этилган скрининг текширувлардан фойдаланилди. ГДЯ келиб чиқишида асосий хатар омили бўлган – гиперхолестеринемияни эпидемиологик тавсифи тадқиқотимизда ўрганилди ва баҳоланди. Таҳлил қилишда univartable ва multivariable бир омили хамда кўп факторли статистика усуллари қўлланилди. Тадқиқот натижалари: Популяцияда гиперхолестеринемия омилининг таъсири бир омили таҳлил натижаларига кўра УУКПда ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойилликни 8,7 баробар кўтарилишига сабаб бўлиши клиник жиҳатдан асосланди [OR 8.73], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 5.13- 15.93; p <0.001]. Олинган натижани, Исаак Ньютон таклифи асосида Жозеф Берксон томонидан тадбиқ этилган кўп факторли таҳлил принципларида ўрганилди ва гиперхолестеринемия УУКПда гастродуоденал яра ривожланишини сезиларли ортишига сабаб бўлиши статистик асосланди [OR 924].

Хулоса: ГХС омили таъсирида узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларни келиб чиқиш частотаси хавфи сезиларли даражада ортади. Касалликни аниқланиш частотаси = 4,5% (ГХС бор УУКПда) ва 28.9 % (ГХС йўқ УУКП да) кўрсаткичлар билан аниқланади (p<0.05).

УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР УЧУН СТРЕСС ОМИЛИНИНГ РОЛИ

**Пакирдинов А.С., Мамасолиев Н.С., Мадазимов М.М., Мамасолиев З.Н.
Андижон давлати тиббиёт институти.**

Кириш. Маълумки, умрни қисқариши асосан аҳоли орасида юқумли бўлмаган сурункали касалликлар (ЮБСК) ва уларни хатар омилларини юқори суръатларда тарқалганлиги билан боғлиқ ҳолда рўй бермоқда [Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.П., Шептулин А.А 2018]. Шунинг учун дунё миқёсида, XXI асрда айниқса, эпидемиологик мониторинг ва ЮБСК профилактикасига оид тадқиқотлар жадаллашди, улар асосида самарали дастурлар яратилганини гувоҳимиз (Countywide Integratet Noncommunicable Disease Interversion Programme, ва б.к). Тадқиқот мақсади: Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яралар келиб чиқишида стресснинг хавф омили сифатида тавсифини ўрганиш. Материал ва метод: Узоқ умр кўрувчилар популяцияси(УУКП)да гастродуоденал яралар (ГДЯ) келиб чиқишида стресс омили бор 72 нафар, стресс омили йўқ бўлган 647 нафар уюшмаган УУКП олинди. Стресс хавф омилини аниқлашда бир вақтли, кузатувли ва репрезентативли тадқиқот ўрганилди. Эпидемиологик тадқиқотни ташкил этишда ва ўтказишда унга оид Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти(ЖССТ 2000.) халқаро тавсиялар эътиборга олинди ва текширув 3 босқичда босқичма-босқич амалга оширилди. Ўрганишда ЖССТ тавсия қилган “Анкета сўровнома”, физикал текширувлар ва мақсадли

комплекс ва чуқурлаштирилган скрининг текшируви ўтказилди. Биохимик скрининг, умумлаборатор скрининг, инструментал текширувлар асосида гастродуоденал яранинг специфик хавф омилларини аниқлаш ва баҳолаш ўтказилди. Тадқиқот натижалари: Олинган натижа асаб тизими касаллиги омилнинг таъсири ўрганилиб, бир омилли таҳлил натижалари асаб тизими касаллигига чалинган шахсларнинг гастродуоденал яра билан касалланишига бўлган мойиллиги асаб тизими касаллиги оғримаган шахслардан кўра 88% га камроқ мойил эканлиги клиник жиҳатдан асосланди [OR 0.12], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ҳам ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.002- 0.39; $p=0.03$].

Хулоса: Кўп омилли таҳлил натижаларига кўра асаб тизими касаллиги бир омилли таҳлилда аҳамиятли деб топилиши малумотлар баъзасининг бошқа омилларига боғлиқлиги, софактор таъсири эканлиги тасдиқланди. Стресс билан шахслар ўртасида ГДЯ ривожланиши ушбу тизими касаллигига чалинмаган шахсларга қараганда 2 баробар камроқ оғриши клиник жиҳатдан ўз исботини топди.

HELICOBACTER PYLORI ОМИЛИНИНГ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР КЕЛИБ ЧИҚИШИДА ТАЪСИРИ

**Пакирдинов А.С., Мадазимов М.М., Мамасолиев Н.С., Каландарова Г.К.
Андижон давлати тиббиёт институти**

Кириш.V.C.Fernandes ва ҳаммуалл.(2016) кўрсатишларича *Helicobacter pylori* (H.Pylori) илк бора яра касаллигида XVIII - аср охирларида топилган ва исботлаб берилган. Кейинроқ эса К.Е.МсColl (2014) ва S.E.Crowe(2019) ишларида бу микробни соғлом инсонларда ҳам бўлиши мумкинлиги (50%) исботлаб берилган. Atherton J.C.(1997) ва Lijima K. et al.(2014) эпидемиологик тадқиқотда ушбу инфекция тарқалишини кенг кўламда камайиши сари идиопатик яра касаллигини кўпайишини кўрсатишган. Уларни тасдиқлашларича яра касаллиги унинг асосий чақирувчилари - H.Pylori, ностероидли яллиғланишга қарши препаратларни суистеъмол қилиш ёки бошқа омиллар билан боғланишликда бўлмаган. Бундай илмий исбот бошқа тадқиқотда Charpignon C. ва б.қ.(2013), Goenka M.K. ва б.қ.(2011) томонидан ҳам тасдиқланиб берилган.

Тадқиқот мақсади: Узоқ умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларни келиб чиқишида *Helicobacter pylori* (H.Pylori) ни хатар омили сифатида эпидемиологик тавсифини ўрганиш.

Материал ва метод: Гастродуоденал яра келиб чиқишида H.Pylori омили мусбат 273 нафар, H.Pylori омили манфий бўлган 446 нафар уюшмаган УУКП олинди. H.Pylori хавф омилини аниқлашда бир вақтли ва репрезентативли тадқиқот ўрганилди. Эпидемиологик тадқиқотни ташкил этишда ва ўтказишда ЖССТ томонидан тавсия этилган скрининг текширувлардан фойдаланилиб H.Pylori га қарши иммуноглобулинни қондаги миқдори аниқланди. ГДЯ келиб чиқишида асосий хатар омили бўлган – H.Pylori эпидемиологик тавсифи тадқиқотимизда ўрганилди ва баҳоланди. Таҳлил қилишда univartable ва multivariable бир омилли ҳамда кўп факторли статистика усуллари қўлланилди.

Тадқиқот натижалари: Популяцияда *Helicobacter pylori* омилининг таъсири бир омилли таҳлил натижаларига кўра УУКПда ГДЯ касаллиги билан касалланишига бўлган мойилликни 5,23 баробар кўтарилишига сабаб бўлиши клиник жиҳатдан асосланди [OR 8.73], ишонч интервали ва Фишернинг p қиймати ушбу олинган натижа статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 3.38-8.1; $p < 0.001$].

Хулоса: *H. Pylori* омили таъсирида узок умр кўрувчилар популяциясида гастродуоденал яраларни келиб чиқиш частотаси хавфи сезиларли даражада ортади. Касалликни аниқланиш частотаси = 35,16% (*H. Pylori* бор УУКПда) ва 6,73 % (*H. Pylori* йўқ УУКП да) кўрсаткичлар билан аниқланди ($p < 0.05$).

СУТ ТИШЛАРИ ЁРИБ ЧИҚИШИ ДАВРИДА КУЗАТИЛАДИГАН КЛИНИК БЕЛГИЛАРНИ ЎРГАНИШНИНГ АҲАМИЯТИ

Раимжонов Р.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти.

Кириш. Кўкрак ёшидаги болаларда сут тишларини ёриб чиқиши муҳим физиологик жараёнлардан бири бўлиб ҳисобланади. Бола туғилганида унинг оғиз бўшлиғида тишлар мавжуд бўлмайди. Вақт ўтиб бола улғайиб борган сари унинг оғиз бўшлиғида тишлар ёриб чиқишни бошлайди. Демак, хулоса қилиш мумкинки, тишларнинг ўз вақтида, белгиланган тартиб асосида ва ўз жойидан ёриб чиқиши организмдаги ўсиш ва ривожланиш жараёнларини баҳолашда муҳим кўрсаткичлардан бири бўлиб ҳисобланади (Кисельникова Л.П., Дроботько Л.Н., 2017; Богданова Н.А., Зуева Т.Е., 2019; Галонский В.Г. ва бошқалар, 2012).

Аммо айрим ҳолатларда тишларнинг ёриб чиқиши кўплаб нохуш симптомлар билан кечиши ҳам мумкин. Бундай симптомларга тана ҳароратининг ортиши, иштаҳанинг пасайиши, боланинг нотинчлиги, уйқунинг ва овқат ҳазм бўлишининг бузилиши каби умумий белгиларни мисол келтириш мумкин. Бундан ташқари маҳаллий симптомлари ҳам мавжуд бўлиб уларга гипертсаливация, милк гиперемияси, милклар шиши, гематома кабилар киради. Шуни ҳам алоҳида таъкидлаш лозимки, бу симптомлар носпецифик бўлиб, бошқа касалликларда ҳам учраши мумкин (Богданова Н.А., Зуева Т.Е., 2019; Захарова И.Н. ва бошқалар., 2016; Клещенко Е.И ва бошқалар, 2017; Горева Е.А., Петренко А.В., Бабайлов М.С., 2017).

Тадқиқотнинг материали ва методологияси. Илмий тадқиқотнинг материали сифатида Андижон вилояти Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси тасарруфидаги оилавий поликлиникаларда рўйхатда турадиган кўкрак ёшидаги (туғилгандан 1 ёшгача) жисмоний ва ақлий жиҳатдан соғлом бўлган 1 000 нафар ўғил ва қиз болалар олинди.

Тадқиқотга олинган кўкрак ёшидаги 1000 нафар болалар 3 гуруҳга ажратилди: табиий усулда озиқланадиганлар ($n=765$), сунъий усулда озиқланадиганлар ($n=134$), аралаш усулда озиқланадиганлар ($n=101$).

Илмий тадқиқотнинг объекти сифатида Андижон шаҳри шароитида яшовчи кўкрак ёшидаги болаларнинг оғиз бўшлиғига оид клиник белгилари ўрганилди.

Олинган натижалар. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, табиий озиқланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 56,8%, тана ҳароратининг

кўтарилиши 97,3%, уйқунинг бузилиши 29,7%, юқори кўзғалувчанлик 21,6%, ич бузилиши 81,1%, тумов 16,2%, қайт қилиш 5,4% ҳолатларда учрайди. Терига тошма тошиш ҳолатлари эса кузатилмайди. Сунъий озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 75,0%, тана ҳароратининг кўтарилиши 100%, уйқунинг бузилиши 87,5%, юқори кўзғалувчанлик 50,0%, ич бузилиши 75,0%, тумов 37,5%, қайт қилиш 25,0%, терига тошмаларни тошиш ҳолатлари 25,0% қисмида учрайди. Тадқиқот натижаларига кўра аралаш озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 40,0%, тана ҳароратининг кўтарилиши 100%, уйқунинг бузилиши 40,0%, юқори кўзғалувчанлик 40,0%, ич бузилиши 100% ҳолатларда учради. Тумов, қайт қилиш ва терига тошмаларни тошиш ҳолатлари кузатилмади. Хулосалар. Сут тишларини ёриб чиқиш боланинг озикланиш турига боғлиқ. Бола сунъий усулда озикланадиган бўлса, болада тишлар ёриб чиқишининг кечикиши, гипоплазия ва тишлар ёриб чиқиш даври асоратлари кескин даражада кўпайиши кузатилади. Сут тишлари ёриб чиқиш даврида коронавирус инфекциясига ўхшаш симптомлар кузатилиши мумкин. Сут тишларини ёриб чиқиш даврида коронавирус инфекциясига оид симптомларни ҳам кузатилиши дифференциал диагностикада аҳамиятга эга. Тадқиқот давомида ўтказилган клиник текширувларда олинган натижалар тиш-жағ тизими патологияларини эрта ташхислаш усуллари такомиллаштириш, шунингдек, ушбу патологияларни шаклланишини олдини олиш юзасидан аниқ тавсияларни ишлаб чиқишга асос бўлади.

КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТИШЛАР ЁРИБ ЧИҚИШИ СИНДРОМИ КЛИНИКАСИНИ ЎРГАНИШ

Раимжонов Р.Р.

Андижон давлат тиббиёт институти.

Кириш. Сут тишларининг ёриб чиқиши муҳим физиологик жараён. Аммо айрим ҳолатларда тишларнинг ёриб чиқиши кўплаб нохуш симптомлар билан кечиши ҳам мумкин. Бундай симптомларга тана ҳароратининг ортиши, иштаҳанинг пасайиши, боланинг нотинчлиги, уйқунинг ва овқат ҳазм бўлишининг бузилиши каби умумий белгиларни мисол келтириш мумкин. Бундан ташқари маҳаллий симптомлари ҳам мавжуд бўлиб уларга гиперсаливация, милк гиперемияси, милклар шиши, гематома кабилар киради. Шунингдек ҳам алоҳида таъкидлаш лозимки, бу симптомлар нospецифик бўлиб, бошқа касалликларда ҳам учраши мумкин (Богданова Н.А., Зуева Т.Е., 2019; Захарова И.Н. ва бошқалар., 2016; Клещенко Е.И. ва бошқалар, 2017; Горева Е.А., Петренко А.В., Бабайлов М.С., 2017). Тадқиқотнинг материали ва методологияси. Илмий тадқиқотнинг материали сифатида Андижон вилояти Андижон шаҳар тиббиёт бирлашмаси тасарруфидаги оилавий поликлиникаларда рўйхатда турадиган кўкрак ёшидаги (туғилгандан 1 ёшгача) жисмоний ва ақлий жиҳатдан соғлом бўлган 1 000 нафар ўғил ва қиз болалар олинди. Тадқиқотга олинган кўкрак ёшидаги 1000 нафар болалар 3 гуруҳга ажратилди: табиий усулда озикланадиганлар ($n=765$), сунъий усулда озикланадиганлар ($n=134$), аралаш усулда озикланадиганлар ($n=101$). Илмий тадқиқотнинг объекти сифатида Андижон шаҳри шароитида яшовчи кўкрак ёшидаги болаларнинг оғиз бўшлиғига оид клиник кўрсаткичлари ўрганилди. Тадқиқот



давомида Г.Г.Автандилов томонидан таклиф қилинган краниометрик усуллар (1990) ва вариация-статистик усулдан (А.М. Мерков ва А.Е. Поляков, 1974) фойдаланилди. Олинган натижалар. Барча гуруҳдаги болаларда сут тишларини ёриб чиқиш давридаги умумсоматик клиник симптомлар ўрганиб чиқилди. Бу симптомларга иштаҳанинг пасайиши, тана ҳароратининг ортиши, уйқунинг бузилиши, юқори қўзғалувчанлик, ич бузилиши, тумов, қайт қилиш, терига тошмалар тошиши кабилар киради. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, табиий озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 56,8%, тана ҳароратининг кўтарилиши 97,3%, уйқунинг бузилиши 29,7%, юқори қўзғалувчанлик 21,6%, ич бузилиши 81,1%, тумов 16,2%, қайт қилиш 5,4% ҳолатларда учрайди. Терига тошма тошиш ҳолатлари эса кузатилмайди. Сунъий озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 75,0%, тана ҳароратининг кўтарилиши 100%, уйқунинг бузилиши 87,5%, юқори қўзғалувчанлик 50,0%, ич бузилиши 75,0%, тумов 37,5%, қайт қилиш 25,0%, терига тошмаларни тошиш ҳолатлари 25,0% қисмида учрайди. Тадқиқот натижаларига кўра аралаш озикланадиган болалар орасида иштаҳанинг пасайиши 40,0%, тана ҳароратининг кўтарилиши 100%, уйқунинг бузилиши 40,0%, юқори қўзғалувчанлик 40,0%, ич бузилиши 100% ҳолатларда учради. Тумов, қайт қилиш ва терига тошмаларни тошиш ҳолатлари кузатилмади.

Хулосалар. Сут тишларини ёриб чиқиш боланинг озикланиш турига боғлиқ. Бола сунъий усулда озикланадиган бўлса, болада тишлар ёриб чиқишининг кечикиши, гипоплазия ва тишлар ёриб чиқиш даври асоратлари кескин даражада кўпайиши кузатилади. Сут тишлари ёриб чиқиш даврида коронавирус инфекциясига ўхшаш симптомлар кузатилиши мумкин. Сут тишларини ёриб чиқиш даврида коронавирус инфекциясига оид симптомларни ҳам кузатилиши дифференциал диагностикада аҳамиятга эга. Тишлар ёриб чиқиш давридаги хусусий клиник симптомларни махсус таснифини яратиш лозим. Тадқиқот давомида ўтказилган клиник текширувларда олинган натижалар тиш-жағ тизими патологияларини эрта ташхислаш усуллари тақомиллаштириш, шунингдек, ушбу патологияларни шаклланишини олдини олиш юзасидан аниқ тавсияларни ишлаб чиқишга асос бўлади.

COVID-19 ФОНИДА ИШЕМИК ИНСУЛЬТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ИНСОНЛАРДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАР

Расулова Х.А., Искандарова Д.Э., Расулова М.А., Усмонов С.С.

Тошкент Тиббиёт Академияси Термез Филиали, Термиз, Ўзбекистон
Тадқиқотнинг мақсади: Инсулт ўтказган беморларда ковидни қайси тури билан зарарланганлигига қараб, турли хилдаги когнитив ўзгаришлар кузатилмоқда. Шунинг учун бунга қарши керакли чораларни кўриш муҳим вазифа бўлиб қолмоқда. Тадқиқот инсулт ўтказган инсонларда ўпкани зарарланиш даражаси МСКТ ёрдамида текшириш ва Covid-19 турига қараб когнитив бузилишлар даражасини аниқлашни ўз олдига мақсад қилган.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Ҳаммаси бўлиб 55 та бемор кўрикдан ўтказилди. 1-чи гуруҳ вертебробазилар тизимида инсулт ўтказган, лекин ўпка зарарланиши КТ-0 (5%) бўлган беморлар. Яъни Covid-19 нинг ичак формаси билан

касаланган беморларда ўт пуфагида огрик хуружи бўлган. Бу гуруҳга 15 та бемор кирди: 11-та аёл, 4-та эркак. Бу беморларнинг ёши 41 дан 58 ёшгача. 2-чи гуруҳ ўрта мия артериясида инсульт ўтказган, ўпкани зарарланиши КТ-2 (25% - 35%) ни ташкил килувчи беморлар, яъни ўпка шакли билан касаланган беморлар. Бу гуруҳга 22-та аёл, 18-та эркак кирди. Бу беморларнинг ёши 58 дан 81 ёшгача. Булардан 10-тасида миокард инфаркти бор, барчаси эркак.

Текширув натижалари: 1-чи гуруҳ беморларда пешона дисфункция тести, соат чизиш тести текширилди. Пешона дисфункцияси енгил даражада зарарланганлиги аниқланди. 10 та сўзни ёд олиш сезиларли бузилганлиги аниқланди. Лекин депрессия ҳолати бу гуруҳда юқори баллини ташкил қилди. 11 дан юқори Ҳавотирланиш тести эса бироз кўтарилганлиги аниқланди 8 балл. 2-чи гуруҳ беморларда пешона дисфункция тести, соат чизиш тести яққол даражада пастлиги аниқланди. 10 та сўзни ёд олиш тести сезиларли бузилганлиги аниқланди. Лекин депрессия ҳолати бу гуруҳда паст баллини ташкил қилди. Аммо миокард инфаркт ўтказган беморларда ҳавотирланиш яъни кўрқув хисси юқорилиги аниқланди 12 балл.

Хулоса: Вертебробазилляр инсульт ва Covid-19 ни ичак формаси билан касаланган, ўт пуфагида огрик булган беморларда депрессия юқори даражада эканлиги аниқланди. Пешона дисфункция тести соат чизиш тести бироз пасайганлиги аниқланди. Ўрта мия артериясида инсульт ўтказган беморлар текширувида қўрқув – ҳавотир хисси эса миокард инфаркт ўтказган беморларда юқорилиги аниқланди. Пешона дисфункцияси тести соат чизиш тести яққол даражада пастлиги аниқланди.

COVID-19 ФОНИДА ИШЕМИК ИНСУЛЬТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ИНСОНЛАРДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАР

**Расулова Х.А., Искандарова Д.Э., Расулова М.А., Усмонов С.С.
Тошкент Тиббиёт Академияси Термез Филиали.**

Тадқиқотнинг мақсади: Инсульт ўтказган беморларда ковидни қайси тури билан зарарланганлигига қараб, турли хилдаги когнитив ўзгаришлар кузатишда. Шунинг учун бунга қарши керакли чораларни кўриш муҳим вазифа бўлиб қолмоқда. Тадқиқот инсульт ўтказган инсонларда ўпкани зарарланиш даражаси МСКТ ёрдамида текшириш ва Covid-19 турига қараб когнитив бузилишлар даражасини аниқлашни ўз олдига мақсад қилган. Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Ҳаммаси бўлиб 55 та бемор кўрикдан ўтказилди. 1-чи гуруҳ вертебробазилляр тизимида инсульт ўтказган, лекин ўпка зарарланиши КТ-0 (5%) бўлган беморлар. Яъни Covid-19 нинг ичак формаси билан касаланган беморларда ўт пуфагида огрик хуружи бўлган. Бу гуруҳга 15 та бемор кирди: 11-та аёл, 4-та эркак. Бу беморларнинг ёши 41 дан 58 ёшгача. 2-чи гуруҳ ўрта мия артериясида инсульт ўтказган, ўпкани зарарланиши КТ-2 (25% - 35%) ни ташкил килувчи беморлар, яъни ўпка шакли билан касаланган беморлар. Бу гуруҳга 22-та аёл, 18-та эркак кирди. Бу беморларнинг ёши 58 дан 81 ёшгача. Булардан 10-тасида миокард инфаркти бор, барчаси эркак. Текширув натижалари: 1-чи гуруҳ беморларда пешона дисфункция тести, соат чизиш тести текширилди. Пешона дисфункцияси енгил даражада зарарланганлиги аниқланди. 10 та сўзни ёд олиш сезиларли бузилганлиги аниқланди. Лекин депрессия ҳолати бу гуруҳда юқори

баллни ташкил қилди. 11 дан юкори Ҳавотирланиш тести эса бироз кўтарилганлиги аниқланди 8 балл. 2-чи гуруҳ беморларда пешона дисфункция тести, соат чизиш тести яккол даражада пастлиги аниқланди. 10 та сўзни ёд олиш тести сезиларли бузилганлиги аниқланди. Лекин депрессия ҳолати бу гуруҳда паст баллни ташкил қилди. Аммо миокард инфаркт ўтказган беморларда ҳавотирланиш яъни кўркув хисси юқорилиги аниқланди 12 балл.

Хулоса: Вертебробазилляр инсульт ва Covid-19 ни ичак формаси билан касалланган, ўт пуфагида оғриқ булган беморларда депрессия юкори даражада эканлиги аниқланди. Пешона дисфункция тести соат чизиш тести бироз пасайганлиги аниқланди. Ўрта мия артериясида инсульт ўтказган беморлар текширувида кўркув – ҳавотир хисси эса миокард инфаркт ўтказган беморларда юқорилиги аниқланди. Пешона дисфункцияси тести соат чизиш тести яккол даражада пастлиги аниқланди.

ЎПКАНИНГ ЛЕЙОМИОМАТОЗЛИ ГАМАРТОМАСИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ ВА ИММУНОГИСТОХИМИЯСИ

Рахманова Н.С.

**Патологик анатомия ва суд тиббиёти кафедраси докторанти
Андижон давлат тиббиёт институти**

Муаммонинг мақсади. Ўпка гамартомаси нафас тизими аъзоларининг камида икки хил мезенхимал тўқималаридан пайдо бўлувчи хавфсиз ўсимта ҳисобланади. Кўпинча мезенхимал генезли тўқималардан тоғай, бириктирувчи, ёғ ва силлиқ мушак тўқималаридан пайдо бўлади. Ўпка гамартомаси кўпинча 30-70 ёшли инсонларда, кам ҳолларда болалар ва чақалоқлар ўпкасида ҳам пайдо бўлиши аниқланган. Ўпканинг барча хавфсиз ўсмалари орасида 60-64% ҳолларда гамартомалар аниқланади. Турли муаллифлар маълумотлари бўйича аутопсия текширувларида бор-йўғи 0,025-0,32% ҳолларда ўпка гамартомаси топилади, аёлларга нисбатан эркакларда 2-4 баробар кўп учрашлиги кузатилади. Периферик гамартомалар 3 баробар кўп ҳолларда олдинги сегментларида жойлашганлиги, кўпинча чапга нисбатан ўнг ўпкада учрашлиги тасдиқланган. Ўпканинг лейомиоматозли гамартомаси 1953 йили Cruickshank et al. томонидан ёзиб қолдирилган. Бу турдаги гамартома хондроидли гамартомага нисбатан жуда кам ҳолларда учрайди. Адабиётларда ушбу турдаги гамартома ҳар хил номланади, жумладан “аденолейомиоматозли гамартома”, “фибролейомиоматозли гамартома”. Лейомиоматозли гамартома кўпинча таркибида эпителий тўқимасини сақлайди, 64,5% ҳолларда без эпителийси, 28,6% ҳолларда тукли эпителий, кам ҳолларда базал эпителий хужайралари мавжудлиги аниқланади. Иммуногистокимёвий текширув натижаларида аниқланишича, гамартома таркибидаги эпителийда TTF1, SPA, KRT маркерлар позитив, p53, CD99, CD34, BCL2, ва STAT6 маркерлар манфий ва хужайралар пролиферацияланишини кўрсатадиган Ki67 маркер индекси 0.2% тенглиги аниқланган. Десмин мушак хужайралар эмбриогенезида дастлаб падо бўладиган оксилли маркер бўлиб, мушак хужайраларида аслида суст экспрессияланади, фақат мушак хужайралар тўлиқ дифференциацияга учраганда кучли экспрессияланиши мумкин. Десмин мушак хужайралар цитоплазмасидаги кўпчилик тузилмалар билан боғланган бўлади. Десмин



саркомернинг миозинли оксилларидаги Z диски ташкил топишида махсус тўрни пайдо қилиб жойлашади. Десмин саркомер билан боғланиб, қисқарувчи аппаратни ядро ва митохондрийлар билан боғлайди. Ушбу боғламлар мушак хужайрасининг қисқаришида уни структура ва механикасини бутунликда сақлаб қолади. Десмин митохондрийлар иш фаолиятида ҳам муҳим вазифани бажаради, жумладан митохондрийлар тузилиши, миқдори ва ишини мушак қисқарганда бузилмасдан сақлаб қолишида ўрин эгаллайди.

Виментин мезенхимал гистогенезли тўқима ва хужайраларнинг оралик филаментларида жойлашган хужайра цитоскелети тузилишида аҳамиятли микронайчалар ва актинда ўрин эгаллаган маркер ҳисобланади. Виментин хужайраларнинг келиб чиқиши мезенхимадан эканлигини тасдиқлаш учун текшириладиган маркер ҳисобланади. Мезенхимал генезли хужайраларнинг эмбрионал ривожланишида уларнинг оралик филаментларида жойлашган иммуногистокимёвий маркер ҳисобланади. Виментин мезенхимал хужайралар ядроси, эндоплазматик ретикулум ва митохондрийларга туташган ҳолда жойлашади. Виментин хужайралар шаклини сақлашда, механик таъсиротларга чидамлилигини таъминлашда аҳамиятли. Юқорида келтирилган маълумотларда маълумки, ўпканинг лейомиоматозли гамартомасининг гистогенези, морфогенези ва хатто патоморфологик ўзгаришлари кам ўрганилган. Шунинг учун ушбу тадқиқотда мақсад қилиб, ўпканинг лейомиоматозли гамартомасини ҳар томонлама, яъни гистогенетик ва морфогенетик жиҳатдан ўрганишни олдик. Материал ва усуллари. Ўзбекистон Республикаси патологик анатомия марказида 2013-2022 йилларда текширувдан ўтказилган биопсиялар таркибидан ўпка гамартомаси ҳолатлари ажратиб олинди. Шу йиллар ичида жами 670 минг биопсияларда 28-та ўпканинг гамартомаси ажратиб олинди. Аниқланган ҳолатларнинг 74,5% эркаклар қолганлари аёллар бўлиб чиқди. Касалларнинг ўртача ёши 52,6 ёш бўлиб, энг ёш пациент 21 ёшда, қариси 81 ёшдалиги аниқланди. Ушбу ҳолатларнинг ҳар бири умумий гистологик ва гистокимёвий усулларда бўялиб ўрганилди ва ҳар бирига ўзига хос ҳолда гистотопографик жиҳатдан таърифлар берилди. Жами 28-та гамартомадан 17 хондроидли, 5 таси фиброматозли ва 6 таси лейомиоматозли гамартомалиги аниқланди. Парафинли ғишчалардан кесмалар тайёрланиб гематоксиллин ва эозинда бўялди. Десмин ва виментинга иммуногистокимёвий текширув қуйидаги тартибда ўтказилди. 10% формалинда қотирилган парафинли ғишчалардан кесилган гистологик кесмаларни регидратациядан ўтказилди, тўқима таркибидаги оксилларни оригинал даражада сақлаш учун протеолитик ферментлар ёрдамида ишлов берилди ва сувсизлантириш учун термостатда қиздирилди. Иммуногистокимёвий текшириш учун Дако компанияси усулида ўтказилди. Дастлаб парафинли кесмаларни депарафинизация ва регидротация қилинди. Кесмадаги қолган сувларни йўқатиш учун 10 минут 1% водород пероксидида ушланди. Уй харорати шароитида бирламчи антитела томизилди, кесма ювилгандан кейин иккиламчи антитела томизилди ва 15-30 мин уй хароратида инкубацияланиб, яна ювилди, кейин 5-10 мин давомида пероксидазли фаоллашган эритмада ушланди, яна ювилгандан кейин Майер гематоксилдинида 1-2 мин бўялди ва канада бальзамида ёпилди. Иммуногистокимёвий усулда бўялган 6 та лейомиоматозли гамартома препаратлари таркибидаги мезенхимал генезли хужайралар, яъни силлиқ мушак хужайралари,

фибробластлар, макрофаглар таркибида экспрессияланган ва жигар рангта бўялган доначалар саналди ва экспрессияланиш даражаси 500 та хужайрага нисбатан фоизларда ҳисобланди, десмин ўртача 17,4%, виментин – 12,6% ташкил қилди. Тадқиқот натижалари. Ўпканинг лейомиоматозли гамартомаси микроскопик жиҳатдан полиморф тузилишга эгаллиги, асосан ҳар хил йўналишда жойлашган силлиқ мушак тутамларидан, кам миқдорда фиброз, ёғ тўқимадан, уларнинг орасида ёриқларни қоплаган ҳолда жойлашган ҳар хил метапластик ва диспластик ўзгаришларга учраган эпителий хужайралари аниқланди. Лейомиоматозли гамартомалар микроскопик жиҳатдан текширилганда уларнинг тўқимаси асосан ҳар хил йўналишда жойлашган тутамлар пайдо қилган силлиқ мушак хужайраларидан иборатлиги ва хужайралари чўзинчоқ шаклдаги ва ядролари ҳам овал ва чўзинчоқ кўринишдалиги аниқланди. Силлиқ мушак хужайралари цитоплазмаси эозинофил бўялганлиги, таркибида киритмалар йўқлиги топилди. Силлиқ мушак хужайралар тутамлари орасида ёриқлар мавжудлиги ва призматик шаклдаги бронхиал эпителий билан қопланганлиги аниқланди. Ўпка гамартомалари орасидан ажратиб олинган лейомиоматозли формаларини микроскопик текширувда маълум тўлдики, ушбу формадаги гамартомкаси ҳам гистологик тузилиши бўйича аралаш таркибли гамартома эканлиги аниқланади. Лейомиоматозли гамартома эканлигини тасдиқлаш учун тўқимасида силлиқ мушак тўқима тузилмалари мавжудлиги асосий омил ҳисобланади. Бизнинг материалimizда 6 та ҳолатда гамартома тўқимаси таркибида силлиқ мушак хужайралари борлиги тасдиқланди. Ушбу ҳолатларнинг аксариятида силлиқ мушак тўқимаси гамартома тўқимасининг кўп жойини эгаллаганлиги кузатилди (1-расм). Бунда, силлиқ мушак хужайралари ҳар хил қалинликдаги ва турли йўналишдаги тутамларни пайдо қилиб жойлашганлиги аниқланади. Бўйлама йўналишдаги тутамлар орасида кўп сонли қон томирлар, нерв толалари жойлашганлиги аниқланади. Кўндаланг кесимида тутам-тутам кўринишдаги мушак лолаларини атрофидан фиброз тўқима ўраб олганлиги кузатилади. Мушак тўқимаси айрим жойларида фиброз ва ёғ тўқимаси билдан туташганлиги топилади. Гамартома лейомиотатозли бўлгани билан унинг таркибида фиброз ва ёғ тўқима билан биргаликда тоғай тўқима оралчалари ҳам учрашлиги тасдиқланади.

Хулосалар. Ўпканинг лейомиоматозли гамартомаси кам ҳолларда учраб, таркиби аралаш тўқималардан иборатлиги, силлиқ мушак тўқимаси устун туриши, 64,5% да эпителий тўқимаси мавжудлиги кузатилади. Ўпка гамартомаси микроскопик жиҳатдан полиморф тузилишга эга бўлиб, асосан ҳар хил йўналишда жойлашган силлиқ мушак тутамларидан, кам миқдорда фиброз, ёғ тўқимадан, уларнинг орасида ёриқларни қоплаган ҳолда жойлашган ҳар хил метапластик ва диспластик ўзгаришларга учраган эпителий хужайралари аниқланади. Мезенхимал хужайралар дифференциалланиш даражасини белгилайдиган десмин маркери лейомиоматозли гамартомада ўртача 17,4%да экспрессияланганлиги, хужайралар саркоплазмаси ва саркомери мусбат бўялиши ушбу маркернинг миозин, эндоплазматик тўр ва митохондрийларда жойлашганлигини тасдиқлайди. Виментин мезенхимал хужайралар оралиқ филаментида жойлашган бўлиб, ядро, эндоплазматик тўр ва митохондрийларда ўрин эгаллаганлиги сабабли силлиқ мушак хужайраларнинг ҳам ядро, ҳам саркоплазмасида экспрессияланганлигидан, хужайралар шаклини сақлашда, механик таъсиротларга чидамлилигини таъминлашда аҳамиятли ҳисобланади.



АКУШЕРЛИК АПГАР ШКАЛАСИ БЎЙИЧА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ОНАДАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚ ХОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

**Ризқулов Ғолиббек Баҳодир ўғли¹, Буранкулова Нигора Михайловна¹,
Калниязова Инобатхон Байрамовна²
Ҳарбий тиббиёт академияси, Тошкент,
Ўзбекистон Тошкент тиббиёт академияси**

Долзарблиги: тиббиётнинг акушерлик ва гинекология йўналиши бўйича бутун дунёда тан олган Вирджинии Апгар томонидан тадбиқ қилинган шкаласи усули 70 йилдан ортиқ вақтдан буён янги туғилган чақалоқнинг ҳолатини баҳолашда кенг фойдаланилади. ОИВ-инфекциясининг перинатал хавф омилларини ўрганиш онанинг саломатлик ҳолати, ҳомиладорлик ва туғиш жараёнини таҳлил қилишни ўз ичига олади. ОИВ-инфекцияси билан касалланган ҳомиладор аёллардан туғилган янги туғилган чақалоқ ҳолатини баҳолаш ҳар доим акушер-гинекологларнинг долзарб муаммоси бўлиб келмоқда. Ушбу муаммони ҳал қилишда янги туғилган чақалоқларнинг туғилгандан кейинги дастлабки биринчи ва бешинчи дақиқасида мослашиш механизмларини Апгар шкаласи усулида аниқланади. Вирджинии Апгар биринчи бўлиб 1952-йилда янги туғилган чақалоқнинг ҳолатини баҳолашда тизимли усулларни таклиф қилди. У Колумбия университетида биринчи аёл анестезиолог профессор эди. Унинг шкаласи бутун дунё бўйлаб тан олинган ва деярли 70 йилдан буён кенг қўлланилмоқда. Вирджинии Апгар ўз шкаласини таклиф қилганидан кейин деярли 10 йил ўтгач 1961-йилда Коларадо университети шифокор J. Butterfield ўз шогирди (ординатори) томонидан APGAR фамилиясининг биринчи ҳарфларини эслаб қолиш учун мнемоник (мнемоника, грекча сўздан олинган бўлиб, mnemonikos – эслаб қолиш санъати) маъносини билдиради, А- appearance (ташқи кўриниши); Р – pulse (пульси); G – grimace (юз ифодаси); А- activity (фаоллиги); R- respiration (нафас олиши) қоида сифатида фойдаланишни таклиф қилган ва Вирджинии Апгар буни қўллаб-қувватлаган. Туғилганда чақалоққа берилган саломатлик ҳолати балларини қуйидагича баҳолаш мумкин: 8-10 балл «чақалоқнинг ҳолати қониқарли», 7-6 балл «ҳолати ўртача оғирликда, енгил асфиксия», 5-4 балл «ҳолати оғир, ўртача асфиксия (кўкариш)», 3-2 балл «ҳолати ниҳоятда оғир, оғир асфиксия (оқариш)», 0 балл «ўлик туғилган». Тадқиқотнинг мақсади: ОИВ-инфекцияси билан касалланган онадан туғилган чақалоқнинг ҳолатини Апгар шкаласи усулида ўрганишдан иборат. Тадқиқот материаллари: Қорақалпоғистон Республикаси ОИТСга қарши кураш марказининг 2011-2021 йилларда ОИВ-инфекцияси билан рўйхатга олинган 75 нафар ҳомиладор аёлларнинг амбулатор карталаридан фойдаланилди. Тадқиқотнинг усуллари: эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди. Натижалар: биз ОИВ билан касалланган ҳомиладор аёллардан туғилган янги туғилган чақалоқларнинг ҳолатини Апгар шкаласи бўйича таҳлил қилдик. Акушерлик таҳлили натижаларига кўра, Апгар шкаласи бўйича клиник мақоми (статус) туғилгандан кейинги 5 дақиқасида «8-10 балл» ҳолатида яъни соғлом туғилган чақалоқлар қайд қилинмаган, 62,7±5,6% - «7-6 балл» ўртача оғирликдаги, енгил асфиксия, 8,0±3,2% - «5-4 балл» оғир ҳолатдаги ўртача асфиксия билан туғилган, 18,7±4,5% ихтиёрий аборт бўлган.

Қолган $6,7 \pm 2,9\%$ ҳомиласи ҳақида маълумот йўқ эканлиги, $4,0 \pm 2,3\%$ чақалоқларнинг туғилгандан кейин 18 ойлигигача ўлганлиги аниқланди.

Хулоса: Апгар шкаласи бўйича акушерлик таҳлил натижаларига кўра ҳомила ҳолатини таҳлил қилиш натижаларини ҳисобга олган ҳолда, ҳомиладорлик даврида тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилиши натижасида инфекция боланинг мослашиш механизмларига салбий таъсир кўрсатиши натижасида клиник мақоми «8-10 балл»да битта ҳам янги туғилган чақалоқ учун балл йўқлигидан биз ОИВ-инфекцияси ҳақида хулоса қилишимиз мумкин. Шунингдек, болаларнинг $4,0 \pm 2,3\%$ 18 ойгача умр кўрган, бу ҳам хавотирли ва ОИВ инфекциясининг нафақат ҳомиладор аёлнинг танасига, балки янги туғилган чақалоқнинг соғлиғига таъсири ҳақида ўйлашга ундайди.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ҚИЗАМИҚНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

**Ровшанов Бунёд Уткирович 1, Рахманова Жамила Амановна 1, Турсунова
Дилором Алимовна 1,2 1**

**Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази,
Тошкент, Ўзбекистон. 2 Ўзбекистон Республикаси Санитария-эпидемиологик
осойишталик ва жамоат саломатлиги қўмитаси.**

Тадқиқот мақсади: Республикада қайд этилган қизамиқ касаллиги бўйича эпидемиологик жараённинг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари: Республикада қизамиқ билан касалланиш ҳолатлари ретроспектив эпидемиологик усуллар орқали таҳлил қилинди ва бунда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги қўмитасининг маъмурий ҳудудлар кесимидаги тезкор маълумотларига асосланилди. Натижалар ва муҳокама: Бирламчи тезкор маълумотлар натижасига кўра, республикада ўтган 2023 йилда қизамиқ касаллигига гумон қилинган 15494 нафар беморнинг қон намуналари вирусологик лабораторияларда текширувдан ўтган бўлиб, улардан 5682 нафарида қизамиқ касаллиги лаборатория усулида тасдиқланган ва 4127 нафар беморга эса қизамиқнинг клиник ташхиси қўйилган. Ушбу даврда қизамиқ билан касалланганлар билан мулоқатда бўлган 113546 нафар фуқаро шифокорлар назоратига олинган. Республикада қизамиқ билан касалланиш ҳолатларининг лаборатория усулида тасдиқланиши 2023 йилнинг февраль ойидан бошланган ва август-сентябрь ойларида ўртача 350-400 та ҳолат қайд этилган бўлса, октябрь ойидан касалланишнинг лаборатория усулида тасдиқланган ҳолатларини кескин кўтарилиши кузатилган. Республикада 2023 йилда қизамиқ касаллигига чалинган беморларнинг ёши бўйича таркиби таҳлил қилинганда, уларнинг 46,1 % бир ёшгача бўлган болалар (эмлаш ёшига етмаганлар), 30,2 % 1-2 ёшдагилар, 9,2 % 3-6 ёшдагилар, 5,0 % 7-14 ёшлилар (қизамиққа қарши вакцинанинг 2-дозасини олмаганлар), 1,8 % 15-19 ёшдагилар, 2,5 % 20-30 ёшлилар ва 5,3 % эса 30 ёшдан катталар ташкил этган. Ушбу беморларнинг 18,0 % бир мартаба қизамиққа қарши эмланган.

Хулосалар: Юзага келган ноҳуш эпидемиологик вазиятда қизамиққа қарши эмлаш жараёнларини хавфсиз ва асоратсиз ўтказилишининг ўзи аҳолини қизамиқ

касаллигидан буткул химоя қилиш учун етарли эмас. Бунда, барча эпидемияга қарши чора-тадбирлар комплекс амалга оширилиши талаб этилади. “Миллий эмлаш календари”га мувофиқ болаларни эмланиши бўйича тадбирларни ўз вақтида ва тўлиқ олиб борилмаслиги, мулоқотда бўлганларнинг эмлаш таҳлилини ўтказиш, бемор билан контактда бўлган болалар ва болалар билан ишлайдиган катталарни (илгари қизамиқ билан касалланган, эмланган, қизамиқга қарши антителалар титри 1:5 ёки ундан юқори бўлган серопозитив шахслар бундан мустасно) 17 кун давомида бошқа болалардан ажратиш ишлари самарали ташкил этилмаслиги, эмлаш жараёнига масъул шахсларнинг вазифасига масъулиятсизлик билан ёндошуви ҳамда эмлаш пунктларини аҳоли яшаш манзилларидан узоқ масофада жойлашуви қизамиқ касаллиги бўйича нохуш эпидемиологик ҳолатларни келгусида такроран юзага келишига сабаб бўлиши мумкин.

ПИГМЕНТЛИ ГЛАУКОМАНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ

Рустамжонов А.Б.

Андижон Давлат Тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги. Пигментли глаукомалар- (ПГ) патогенези хали тўлиқ ўрганилмаган. Натижада касалликни диагностикаси ва даволашда патогенетик ёндашувга имкон бермайди. Пигментли факоморфик глаукома(ПГ)га хос белгилар: кўздаги оғриқ, кўздан ёш оқиши, кўришнинг ёмонлашганлиги, кўз сатҳида димланишли инъекция, шиш ҳисобидан хиралашган шох парда, саёз олд камера, ўртача катталашган ҳамда фотореакциясиз қорачиқ. Кўз ички босими юқори. Кўз ички босимининг асосан 2 йўл (1-катталашган гавҳар ва рангдор парда орасидаги тирқишнинг ёпилиши натижасида қорачиқ блоки ва 2- рангдор пардага орқадан катталашган гавҳар томонидан таъсир этувчи(итарувчи) куч ОКБнинг ёпилишига олиб келади) билан кўтарилиши назарда тутилади.

Пигментли глаукомалар(ПГ)ни даволаш амалиёти 2 этапда амалга оширилади: консерватив(гипотензив терапия) ва оператив даво. Шу ўринда лазер муолажаларни қўлланилиши ўзига хос хусусиятларга эга эканлигини эслатиб ўтиш лозим.

Материаллар. Андижон вилоят кўз касалликлари да 2022 йилнинг 6 ойи давомида пигментли глаукома(ПГ) сабаби билан 10 беморга тиббий хизмат кўрсатилган. Жумладан 4 нафар эркак ва 6 нафар аёл бемор, аёллар кўпроқ- бу илмий адабиётлардаги статистикага мос келади. Ёшига кўра: 26-55 ёшдаги миопик беморлар-7; 55-65 ёшдагилар-3; Аксарият беморлар касалликнинг 1-3 кунда мурожаат этишган. Беморлар Андижон вилоят офталмология шифохонаси (АВОШ) стандарт текширувлардан ўтказилди. Гипотензив терапия адреноблокатор (тимолол 0,5%) қўлландан иборат бўлди. Шифохонага ётқизиладиган беморларда хаста кўздаги КИБнинг ўртача кўрсаткичи-34,91 мм Нг уст (Маклаков тонометрида ўлчанганда). Жарроҳлик КИБнинг ўртача кўрсаткичи 18 мм Нг уст да амалга оширилган. Ўтказилган жарроҳлик амалиётининг турларига кўра: 2 (16,7%) ҳолатда оператив даво ЧСЭ+иридэктомия ўтказилди. 2 таҳолатда беморларда операциядан кейинги увеит ривожланиши билан боғлиқ даволаш жараёни сабали ўрин куни-7 кунни ташкил этди. Шифохонада 2019 йилнинг 6 ой даврида бажарилган

пигментли глаукомалар сабабли бажарилган амалиётлар улуши 2,68% ташкил этади. Хулосалар. Пигментли глаукомалар (ПГ) офтальмологлар учун долзарб мавзу сифатида ўз аҳамиятини сақламоқда. Стационаргача босқичда пигментли глаукомани стандартлар асосида тўлиқ текширувини ташкил этиш ва бунда касалликнинг илк белгилари даврида эрта аниқлаш мукаммал даволашнинг муҳим шартидир. Олд камера чуқурлиги, гавҳар қалинлиги ва ирисгавҳар диафрагмасининг ҳолати каби ўзгарувчан параметрларни баҳолашда замонавийтекшириш усуллари (УБМ)дан кенг фойдаланиш зарур. Пировард мақсад пигментли глаукома сони ва улар сабабли бажариладиган жарроҳлик сонини камайтириш. Адабиётлар Абрамов В.Г., Курышева Н.И., Жердецкий А.С. Состояние хрусталика у больных, оперированных по поводу открытоугольной глаукомы // Офтальмол. журн. - 1993. - №2. - С. 70-73. 2. Азнабаев Б.М. Микроэндоскопическая хирургия глаукомы и катаракты

БОЛАЛАРДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТЛАРНИ ЙИРИНГЛИ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ

**Сайдалиев С.С., Махмудов Н.И., А.Ж.Жахогирханов
РШТЁИМ Фарғона филиали**

Маълумки, болаларда қорин пардани йирингли яллигланиши - ўлимга сабаб бўлувчи оғир асоратлардан бири хисобланади. Болалар жарроҳлиги йўналишида ўткир аппендицитни даволашга бағишланган жуда кўп адабиётлар чоп этилиши ва илмий изланишлар олиб борилганига қарамадан, ўткир аппендицитда йирингли асоратлар оқибати долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Шу боис, ушбу муаммога бағишланган, шифохоналарда йирингли нозокомиал инфекцияларни олдини олишга ижобий таъсир этувчи, самарали усулларни тадбиқ этиш ва уларни натижаларини таҳлил қилиш, катта амалий аҳамият касб этади. Нозокомиал инфекцияларни олдини олишга қаратилган усулларни ва уларнинг натижаларини таҳлил этиш мақсадида 2019-2023 йиллар давомида РШТЁИМФФ болалар жарроҳлик бўлимида даволанган беморларнинг касаллик тарихи баённомалари таҳлил қилинди. Жумладан жами даволанган 3173 та беморлардан 841 нафарини (26,5 %) ўткир аппендицит билан даволанган. 116 та (13,7%) ҳолларда ўткир аппендицитни йирингли перитонит билан асоратланиши кузатилган. Шулардан 17 таси (14,6%) да тарқалган йирингли перитонит, 99 тасида (85,3%) маҳаллий перитонит ташхиси қуйилган. Жинси бўйича касаллик тарихи баённомалари таҳлил қилинганда ўғил болалар сони 511 тани (60,7%), қиз болалар сони эса 330 тани (39,3 %) ташкил этди. Барча беморга стандарт бўйича барча инструментал ва клиник-биокимёвий лобаротор текширувлар ўтказилган. Касаллик тарихи баённомаларининг анамнезлари таҳлили шуни кўрсатадики, ўткир аппендицитлардаги йирингли асоратлар организмнинг реактивлигига боғлиқ экан. Яъни организмнинг реактивлиги қанча паст бўлса йирингли асоратланишлар шунчага ортган. Беморларнинг анамнезида тез-тез соматик касалликлар билан оғриши, ёшлигидан сунъий овқатланишда бўлганликлари аниқланди. Жами 7 та аппендикуляр омилли перитонит бўлган беморларга йирингли асоратларни даволаш ва нозокомиал инфекцияларни олдини олиш мақсадида эндолимфатик терапия С.Р.Рахимов усулида қўлланилган. Операция вақтида



микроиригатор ингичка ичак тутқичининг қон-томирлари кам жойга вицерал вароқлари орасига қўйилади ва ичак тутқичига кетгуд чоклар билан мустахкамланади. Катетернинг бош қисми алоҳида кесма орқали қорин бўшлиғидан чиқарилади. Операция тугаши арафасида катетер орқали лимфатроп антибиотикотерапия лимфостимулятор иштирокида бошланади. Ўткир перитонитни реактив ва токсик фазасида марказий лимфа хажми катталашади, терминал фазасида эса кичраяди. Бу эса организмнинг интоксикациясига, лимфа томирлари ва тугунларини токсинлар хамда детритлар билан блокраниб қолишига, қорин бўшлиғи органлари ва томирларини иннервациясини бузилишга боғлиқ. Шунинг учун бу бузилишларни коррекция қилиш, интерстициал шиш, лимфа махсулотлари ва марказий лимфа оқимини кучайтириш мақсадида лимфастимулятор юборилади. Лимфостимулятор сифатида глюкоза 5 % 5 мл – навокаин 0,25 %-5 мл 1:1 нисбатда, лидаза 4мг/кг(0,5ЕД/кг), гепарин (80 ЕД/кг), маннит (2,5мл/кг) қўлналилди. Бу беморларда жарохатни бирламчи битиши ва периферик қон кўрсаткичларини жадал нормаллашуви яққол аниқланди. Ўрин -жой кўрсаткичи 7,2 кундан 5,3 кунгача камайди. Шундай қилиб, бизнинг хулосалар бўйича, болаларда ўткир аппендицитнинг йиринли асоратларини комплекс даволаш билан бир қаторда эндолимфатик усулда антибактериал препаратларни организмга юборишни қўллаш самарали усул хисобланади. Бу усулни қўллаш нозокомиал инфекцияни профилактика этиб, периферик қон кўрсаткичларини тез орада нормаллашувига, жарохатни бирламчи битишига ва ўртача ўрин-жойни 1,9 кунга камайишига олиб келади.

КУЙИШ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ОҒИРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Салоҳиддинов К.З., Тен Д.О., Фозилов А.А., Алижонов М.А.

**Фарғона шаҳар тиббиёт бирлашмаси
Андижон давлат тиббиёт институти**

Бемор ахволининг оғирлиги - реанимацион ёрдамнинг асосий тушунчасидир; даволашнинг барча жихатлари жарохатдан сўнг унинг ҳолатига боғлиқ. Вазиятни оғирлиги муаммосини ишлаб чиқишда икки босқични ажратиш мумкин. Дастлабки алгоритм: "ташхис (шикастланиш оғирлиги, шок оғирлик даражаси) → даволаш → натижа → прогноз" бизга стандартлаштирилган даволаш билан прогноз натижасини боғланишини ўрнатишга имкон беради. Натижа ва прогноз шикастланишнинг оғирлиги (шокнинг оғирлик даражаси) ва даволашнинг натижаси, натижаларни яхшилаш (прогноз) фақат синов ва хатолар билан бўлиши мумкин. Ушбу алгоритмда бир нечта регрессия ёрдамида яратилган тахминий формулалар адекват даволаш учун ҳолатнинг оғирлигини аниқлашга имкон бермайди. Бундай формулаларга асосланган гуруҳларга ҳар хил оғирликдаги беморлар киради. Жарохатнинг оғирлиги тоифасини (шок оғирлик даражаси) ҳолатнинг оғирлиги тоифаси билан аниқлаш, тушунчаларни алмаштириш бўлиб, тизимли хатоликка олиб келади ва тадқиқотларнинг ўзини такрорлаб бўлмайди. Муайян беморларда прогнознинг ноаниқлиги (бўлажак воқеалар) уларни эҳтимоллик асосида ўрганишга мажбур қилади. Беморларда вазиятнинг оғирлигини баҳолаш мезони бу ўлимга олиб келадиган оқибат эҳтимолига

асосланган прогноз бўлиб, у янги алгоритмни шакллантиради: "ўлимга олиб келадиган оқибат эҳтимоли бўйича прогноз → ҳолатнинг оғирлиги ташхиси → даволаш → натижа" ". Натижа ҳолатнинг оғирлиги ва унга мос келадиган даво тадбиридир. Вазиятнинг оғирлигини аниқлаш сизга тегишли бузилишларни аниқлаш ва даволаш самарадорлигини ошириш имконини беради. Вазиятнинг оғирлигини аниқлаш учун бир нечта регрессия ёрдамида тахминий формулани яратиш фақат биринчи қадамдир. Фақат бир қатор кетма кет операциялардан сўнг, бундай формулалар маълум бир бемор ахволининг оғирлигини аниқлашга, эҳтимолий ва ҳақиқий ўлимни солиштиришга имкон беради ва даволанишни яхшилаш учун асос бўлиб хизмат қилади. Куйган ҳолатнинг оғирлигини аниқлаш учун ҳеч қандай меъзон йўқ. Масалан, дастлабки даволаш тадбирлари ҳал қилинаётганда жароҳатдан сўнг дарҳол вазиятни оғирлигини баҳолаш учун АРАСНЕ II шкаласидан фойдаланиш нотўғри: а) шкала куйган беморлар учун мослашмаган ва б) дастлабки 2-3 кунда, физиологик параметрларга асосланган баҳолашлар таъсирланган ҳолатнинг оғирлигини етарли даражада акс эттирмайди. Бундай ҳолда парадокс пайдо бўлади: даволаш шикастланишнинг оғирлигига қараб амалга оширилади ва вазиятнинг оғирлиги бир мунча вақт ўтгач, шкала бўйича ташхис қилинади. Жароҳатдан кейин беморларнинг умр кўриш давомийлиги ошиши билан, эрта прогноз ва вазиятнинг оғирлигини баҳолашнинг аниқлиги сезиларли даражада камаёди, вазиятнинг ҳақиқий оғирлиги ва керакли даволаниш ўртасидаги боғлиқлик ўчади.

КЎКРАК ҚАФАСИ ВОРОНКАСИМОН ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ ОПЕРАТИВ ВА ОПЕРАЦИЯСИЗ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ

1Ш.С.Солиева, 1Ж.С.Ҳикматов, 2Ж.К.Исмаев

Бухоро давлат тиббиёт институти

Бухоро вилоят кўп таромоқли тиббиёт маркази

Кўкрак қафаси воронкасимон деформацияси (КҚВД) – бу туғма ривожланиш аномалияси бўлиб, унда тўш ва олдинги қовурғалар орқа томонга тортилиши кузатилади. Тўшнинг бу каби деформацияси инсониятга азалдан маълум бўлган. Адабиётларда биринчи эслатмалар 1594 йилда топилган ва КҚВДнинг биринчи тавсифлари 1870 йилда Н.Eggel томонидан келтирилган. Кўкрак қафаси туғма нуқсонлари аҳолининг 1–4 % ида учраса, уларнинг энг кўп қисмини (90%) КҚВД ташкил этади (2018, А.Ю.Разумовский ва б.). Касаллик ўғил болаларда қизларга қараганда 4 марта кўп учрайди. Адабиётларда келтирилишича, ушбу касаллик ҳар 500 нафар янги туғилган чақалоқдан 1 нафарида учрайди, турли тадқиқотларда эркалар устунлиги 2:1 дан 9:1 гача нисбатда кузатилган. Ушбу касалликка чалинган беморларнинг деярли 65 фоизда анамнезида кўкрак қафаси деформацияси қариндошларида ҳам мавжуд бўлади. Бола ўсиши билан касаллик оғирлашади яъни деформация чуқурлашади, тана ҳолати ўзгаради, юрак ва ўпканинг функционал бузилишларига сабаб бўлади. Кўкрак қафаси туғма деформацияси учун оператив даво 6-7 ёшга тўлган болаларда амалга оширилади. Травматологлар учун керакли натижага фақат 40-50% беморларда эришилган. (О.А.Малахов ва б., 2002). Кўкрак қафаси II ва III даражали деформацияларида юрак ва ўпканинг ишлаши учун нормал шароит



яратиш учун кўкрак қафасида реконструктив операцияларни ўтказиш кўрсатма ҳисобланади. Бугунги кунда КҚВДни 100 дан ортиқ оператив даволаш турлари мавжуд. Буларга Ludwig Meyer, Ferdinand Sauerbruch, M.Ravitch, D.Nuss, A.B.Виноградов, Н.П.Кондрагаин ва бошқалар томонидан таклиф этилган операцияларни мисол келтириш мумкин. Илгари таклиф этилган оператив усулларнинг узок муддатли оқибатлари мунозарали бўлиб, баъзи операциялар кўкрак қафаси деворининг кўриниши ва эластиклигининг ёмонлашишига олиб келган. 1987 йилда эса Насс томонидан минимал инвазив, видеоторакоскопик усулда КҚВДларини бартараф этиш операцияси таклиф этилган (Donald Nuss, J.Robert et al., 2016). Галлернинг индекси 3,25 дан юқори бўлиши КҚВДда оператив даволаш учун кўрсатма бўлади (G.Khanna, 2010; J.E. Archer, 2016). КҚВДнинг кўп ҳолатларида деформация даражаси дарҳол жарроҳлик амалиётини талаб қилмайди, аммо бу беморлар консерватив даволанишнинг баъзи турларидан фойдаланишлари мумкин. Операциядан кейинги тикланиш билан боғлиқ оғриқ ва номукамал натижалар хавфи туфайли бошқа беморлар операцияни ўтказишни истамайдилар. Ушбу фактлар туфайли КҚВДни консерватив даволаш учун ушбу муқобил терапия “Vacuum Bell” (“вакум кўнғироғи”)дан фойдаланиш беморларнинг қизиқиш марказига айланди (Frank-Martin Haecker, 2011; J.Robert et al., 2018). Тўшни кўтариш учун вакумни қўллаш тартиби эса биринчи марта бундан 100 йилдан кўпроқ вақт олдин ишлатилган (F.Lange, 1910). Тадқиқот мақсади: Кўкрак қафаси воронкасимон деформацияларини оператив ва операциясиз даволаш натижалари самарадорлигини ўрганиш ва амалиётга кенг тадбиқ этиш Материал ва усуллар. 2019-2023 йиллар давомида Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказида 47 нафар кўкрак қафаси воронкасимон деформацияси билан даволанган бемордан, 16 нафарига Насс операцияси ўтказилди. Шундан, 5 нафарида кўкрак қафаси воронкасимон деформациясининг II даражаси, 11 нафарида эса III даражали деформация аниқланган. 14 нафар беморда 1 дона, 2 нафар беморга эса 2 донадан мос ўлчамдаги металл пластинка ўрнатилган. Барча беморларда деформация симметрик кўринишда бўлиб, уларда бошқа турдаги туғма нуқсонлар аниқланмаган. Галлер индекси 3,48-6,85 оралиғида. Қолган 31 нафар беморда I-II даражали воронкасимон деформацияси борлиги сабабли консерватив усулда даволаш мақсадида “Vacuum Bell” мосламаси ўрнатилди. Ушбу мосламани деформация даражасига кўра индивидуал схема бўйича 6 ойдан 12 ойгача вақт давомида тақиш тавсия этилди. Жами 47 нафар беморнинг ёши 4-19 оралиғида. Тадқиқот натижалари: Барча 16 нафар ўтказилган оператив муолажалар асоратсиз кечди ва 13 нафар беморда кўкрак қафаси олд деворидаги металл пластинка олиб ташланди, 2 нафар бемордаги металл пластинка муддати келмаганлиги сабабли олинмаган. 1 нафар беморда Насс операция ўтказилгандан 2 йилдан кейин воронкасимон деформацияси маълум миқдорда сақланганлиги ва беморда косметик нуқтаи назаридан қониқиш ҳосил бўлмаганлигини ҳисобга олиб, кўкрак қафаси олд деворидаги металл пластинка сақланган ҳолда “Vacuum bell” мосламасидан фойдаланилмоқда. Амалиётдан мисол: Бемор 8 ёшдаги қиз бола. 2019 йил май ойида Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази “2-хирургия” бўлимига тўш соҳасида туғма деформация борлиги, косметик ноқулайлик, жисмоний зўриқишда ҳансираш шикоятлари билан мурожаат қилиб келди. Онасини сўзидан беморда кўкрак қафасида тўш соҳасидаги деформация туғилган пайтан бери борлигини айтади. Келганида



умумий аҳволи қониқарли, тери ва шиллиқ қаватлари одатдаги рангда, ҳарорати 36.50С, тери ости ёғ клетчаткаси яхши ривожланган. Ҳаракати актив, периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Кўкрак қафаси олд томонида тўш соҳасида ўлчами 10х6 смли, чуқурлиги 4 смли ботиб кирган (воронкасимон) деформация мавжуд. Нафас актида бир хилда иштирок этади. Пальпацияда овоз дириллаши бир хилда ўтказилади, оғриқсиз. Перкуссияда перкутор ўпка товуши. Аускультацияда иккала ўпкада везикуляр нафас эшитилади. НЧ-22 та минутида. ТМИ-13 кг/м2. Юрак тонлари аниқ, ритмик. АҚБ 110/70 мм.сим.уст. Пульс 98 та, ритмик. Тили нам, тоза. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, ичак перисталтикаси яхши эшитилади. Жигар катталашмаган, талоқ пайпасланмайди. Ичи ўтиши ва сийиши адекват. Лаборатор таҳлилларда нормадан силжиш йўқ. Инструментал текширувларда: Кўкрак қафаси мультиспирал компьютер томография (МСКТ) текширувида “Кўкрак қафаси воронкасимон деформацияси 3-даражаси КТ-белгилари”. Галлер индекси 6,0. ЭхоКГда: Юрак бўшлиқлари кенгаймаган, қисқаришлари сақланган, клапанлари ўзгаришсиз. Спирографияда: Ташки нафас олиш функцияси ўзгармаган. ЭКГда: ритм синусли, тўғри, юрак қисқаришлар сони 100 марта/мин. Қорин бўшлиғи аъзолари УТТда: ўзгаришсиз. Лаборатор ва инструментал текширувлар натижасига кўра куйидаги клиник ташхис қўйилди: Кўкрак қафаси воронкасимон деформацияси, компенсирланган тип, симметрик кўриниши, 3 даражаси. Беморда 2019 йил 17 май куни «Насс» операцияси ўтказилди ва кўкрак қафаси деформациясини тўғрилаш мақсадида 1 дона металл пластинка ўрнатилди. Кўкрак қафаси обзор рентгенографиясидан кейин, плевра бўшлиқларидаги дренаж найлар 2-суткада олинди. Беморда операциядан кейинги давр асоратсиз кечди. Бемор умумий аҳволи яхшиланди ва операциядан кейинги 4-суткада амбулатор хирург назоратига чиқарилди. Беморда 2 йилдан кейин, яъни 2021 йил 28 июнда Насс усулида кўкрак қафаси олд деворига ўрнатилган металл пластинка муваффақиятли олиб ташланди. Беморда мавжуд кўкрак қафаси воронкасимон деформацияси бартараф этилган. “Vacuum bell” мосламаси ёрдамида даволанган беморларнинг 23 нафарида даво курси тўлиқ тугаган бўлиб, даво курси асоратсиз кечган ва деформациянинг тўлиқ тўғриланиши кузатилган. Қолган 8 нафар бемор ҳозирги кунда даво курсини олмоқда. Хулоса қилиб айтганда, бугунги кунда эски торакал хирурглар ва ортопедлар мактаби ҳали ҳам очиқ торакопластика усуллари қўллаганига қарамай, Насс усулида КҚВДсини торакопластик операцияси “олтин стандарт”га айланди. Чунки, ушбу операция кам инвазив, кам шикаст етказувчи усул сифатида, операция вақтини сезиларли даражада қисқартиради ва операция давомида қон йўқотилиш даражасини минимал миқдоргача камайтиради. Аммо, айтиш пайтда “Vacuum bell” учун ишлатиладиган материаллар сифати яхшиланганлиги ва вакуум қурилмаларининг кучлироқ ишлаши таъминланганлиги сабабли сўнгги бир неча ўн йиллар ичида КҚВДда вакуум терапиядан фойдаланишда сезиларли ютуқларга эришилди

**БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ GERONTOLOGIK ЁШЛИ АҲОЛИ
ПОПУЛЯЦИЯСИДА АНИҚЛАНИШ ЧАСТОТАСИНИ МАЪЛУМОТ
ДАРАЖАСИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ИФОДАЛАНИШИ.**

Суёнов Д.М., Мамасолиев Н.С., Мадазимов М.М., Турсунов Х.Х.

**РШТЁИМ Андижон филиали
Андижон давлати тиббиёт институти.**

Панкреатит бўйича олиб борилган тадқиқотлар кўрсатадики, унинг тарқалиши частотаси 100 000 аҳолига 2-8 ҳолатни йилига ташкил этади, операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи 20-45% ни ташкил қилади ва охириги йилларда касалхонага ётқизилганлар орасида уни ўсиб бораётганлиги кузатилмоқда (Ивашкин В.Т. ва б.қ., 2019). Тадқиқот мақсади: Билиар панкреатитни геронтологик ёшли аҳоли популяциясида аниқланиш частотасини маълумот даражасига боғлиқ ҳолда ифодаланишини ўрганиш. Материал ва метод. Тадқиқот Фарғона водийсининг Фарғона шаҳрида ўтказилди. Дизайни бўйича у бир вақтли эпидемиологик тадқиқот ҳисобланади. Унинг материалларини аниқлашда эпидемиологик тадқиқотнинг бош талаби унинг билиар панкреатитни маълум бир (текширув) пайтдаги манзарасини тақдим эта олиш ҳисобга олинди. Охириги сайлов руйхати бўйича Фарғона шаҳрининг 15 000 та $\geq 60-90$ ёшли аҳолиси ажратилди. 10% танлов усули қўлланилиб тадқиқот учун якуний мутлоқ аҳоли сони 1500 та ажратилди (882 та аёллар ва 618 та эркеклар). Ушбу аҳоли тўлиқ комплекс эпидемиологик текширувидан 2020-2023 йиллари ўтказилди. Фарғона гуруҳидаги геронтологик аҳоли популяциясида билиар панкреатитни тарқалиш частотасини олий ва ўрта маълумотли аҳоли орасида ўрганилди. Маълум бўлдики, геронтологик ёшдаги аҳоли популяциясига маълумотлилиқ даражисини ҳам билиар панкреатитни хатар омили сифатида маълум қилинди. Унга боғлиқ ҳолда билиар панкреатит хос эпидемиологик хусусиятлар билан аниқланади. ($OR = 1.07$; $CI = [0.69-1.68]$; $C_2 = 0.1$; $P > 0.05$). Тадқиқот натижалари: Чунончи, унинг тарқалиш частотаси тафовут билан олий (23%) ва ўрта маълумотлиларда (27%) тасдиқланади ($P = 0.893$). Бундан ташқари турли ёш гуруҳида ҳам шундай тафовутни акс этдириб БП олий маълумотли ва ўрта маълумотлиларда қуйидача тарқалиш частоталари билан тавсифланади: 60-74 ёшда- 21,2% ва 27,0% дан, 75-89 да- 31,6% ва 24,9% дан, > 90 ёшдан ўтганларда 0,00% ва 48,1% дан. Олий ва ўрта маълумотлиларда БПни келиб чиқиш хавфи кекса аҳолида - то 21,2% ва 27,0% га етиб, қария аҳолида - 31,6% дан 24,9% гача етиб, ва геронт аҳолида - 0,00% дан 48,1% гача етиб тасдиқланади.

Хулоса: Бу маълумотлардан билиар панкреатитнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасини асоси сифатида фойдаланиш мумкин ёки улар даволаш-предиктив-реабилитация дастурларини геронтологик ёшдаги аҳолида тузишда ҳамда амалга оширишда тавсия этилади.



ОВҚАТЛАНИШ ТАРТИБИГА РИОЯ ҚИЛМАСЛИК GERONTOLOGIK ПОПУЛЯЦИЯДА БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА

Суюнов Д.М., Мадазимов М.М., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р.

**РШТЁИМ Андижон филиали,
Андижон давлати тиббиёт институти.**

Кириш. Билиар панкреатитни даволашда кўпчилик тадқиқотчиларнинг тасдиқлаган хулосалари шуни кўрсатадики, ўткир (билиар) деструктив панкреатит, айниқса геронтологик ёшли аҳолида, уларни даволаш мураккаб ва оғир муаммоларидан биридир (С.Ф. Пошенко ва б.к. 2014). Мақсад: Овқатланиш тартибига риоя қилмаслик геронтологик популяцияда билиар панкреатитни хатар омили сифатида таъсирини ўрганиш. Материал ва метод: Тадқиқот Фарғона водийсининг Фарғона шаҳрида ўтказилди. Дизайни бўйича у бир вақтли эпидемиологик тадқиқот ҳисобланади. Унинг материалларини аниқлашда эпидемиологик тадқиқотнинг бош талаби унинг билиар панкреатитни маълум бир (текширув) пайтдаги манзарасини тақдим эта олиш ҳисобга олинди. Охириги сайлов руйхати бўйича Фарғона шаҳрининг 15 000 та $\geq 60-90$ ёшли аҳолиси ажратилди. 10% танлов усули қўлланилиб тадқиқот учун якуний мутлоқ аҳоли сони 1500 та ажратилди (882 та аёллар ва 618 та эркеклар). Ушбу аҳоли тўлиқ комплекс эпидемиологик текширувидан 2020-2023 йиллари ўтказилди. Алиментар хатар омили яна бир тур популяцияда – “мунтазам овқатланиш одати” ва “номунтазам овқатланиш одати”ни эпидемиологик тавсифлари аниқланади ва баҳоланади. Режим асосида овқат истеъмол қилувчилар, режимга риоя этмайдиганларга нисбатан 64% ҳолатда камроқ билиар панкреатит билан касалланишга мойил эканлиги исботли асосланди [OR 0.36], ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ҳам ушбу натижани статистик аҳамиятга эга эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.26 - 0.5; $p < 0,05$]. “мунтазам овқатланиш” ва “номунтазам овқатланиш” одатларини геронтологик ёшдаги Фарғона аҳолисида тарқалиш частотасини ва билиар панкреатитга боғлиқликларини эпидемиологик тавсифни ифодаланиш хусусиятлари ўрганилди. Тадқиқот натижалар: Уларнинг таҳлили натижаларига кўра овқатланиш омилини роли билиар панкреатитни шаклланишида ва кечишида 26,1% ни ташкил этиб тасдиқланди: 60-74 ёшлиларда-26,1%, 75-89 ёшлиларда 24,7% ва ≥ 90 ёшлиларда -46,4% ни ташкил қилди [OR=0,36; CI=[0,26-0,5]; $X^2=39,35$; $P < 0,05$]. БП бор ва йўқлигида мунтазам овқатланиш одатини геронтологик $\geq 60-90$ ёшли аҳоли популяциясида-54,0% ва 12,0% дан ($p=0,034$), 60-74 да-50,0% ва 12,0% дан ($p=0,001$), 75-89 ёшлиларда 64,5% дан 9,4 дан ($p=0,001$), ҳамда ≥ 90 ёшлиларда -75,0% ва 25,0% дан частоталарда тасдиқланади ($p=0,001$). Хулоса: Алиментар омили роли билиар панкреатитни келиб чиқишида 75,0% гача кузатилиши эпидемиологик тадқиқотларда ишончли ўз исботини топди. Ушбу кенг тақалган ва кучли хатар омилини ҳисобга олиш, уларни профилактикасида дастурларни амалга ошириш 93% гача тиббий иқтисодий йўқотишларни БП билан ГЁА да камайтиради.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ**

**“НИЗВЕДЕНИЯ” Тагаев Ш.Б., Баймаков С.Р., Хакимов А.М., Ходиев Х. М.
Мехмонов Ш.Р., Шарипов Ю. Ю., Пулатов М.М., Аслонов З.Х.
Ташкентский Государственный Стоматологический институт**

“тушириш” операциясидан кейинги йирингли асоратларини олдини олишда озонотерапиянинг замонавий усуллари. аннотация

“Тушириш операцияси” ёки тўғри ичакнинг қорин-анал резекцияси ва йўғон ичакнинг проксимал қисмини анал каналига тушириш операциясидан кейинги энг оғир асоратлар пресакрал соха ва кичик тос бўшлиғидаги йирингли асоратлардир. Мақолада муаллифлар шундай операция бажарилган 121 беморни таҳлил қилган. Муаллифлар ўзлари таклиф этган бу асоратларни олдини олишнинг янги услубини – пресакрал сохани озонли суюқлик билан тинимсиз ювиш услубини кўрсатиб, бу услуб қўлланилганда пресакрал соха ва кичик тос бўшлиғидаги йирингли асоратлар 8,8% гача камайганини таъкидлайди.

**MODERN METHODS OF OZONE THERAPY IN THE PREVENTION OF
PURULENT INFECTION AFTER SURGERY“VOIDING”**

**Baymakov S.R., Tagayev Sh.B., Hakimov A.M., Xodiev X.M., Mehmonov
Sh.R., Sharipov Yu.Yu Pulatov M.M., Aslonov Z.Kh. ABSTRACT**

The most awesome complications in respect of diagnostics, treatments after the operation “voiding” are s festering processes of cavity of small basin and presacral region. In article by author are analysed the results of the operation “voiding”, which where executed 121 patients. The others offers its method of preventive maintenance of these complications – method of running irrigation an presacral region by ozonized fluid. When using of this method to manage to shorten after the operating festering complications ozonized fluid before 8,8%. При многих заболеваниях прямой и ободочной кишки, (рак прямой кишки, неспецифический язвенный колит, амебиаз и диффузный полипоз толстой кишки, болезнь Крона, мегаколон, аноректальные пороки развития и др.) возникает необходимость выполнения брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением проксимальных отделов ободочной кишки в анальный канал (операция “низведения”) [2, 5]. Эффективность этой операции определяется многими факторами, но непосредственную роль играет предотвращение гнойных процессов в полости малого таза и пресакральной области. Данные литературы свидетельствуют, что наиболее частой причиной смерти в послеоперационном периоде являются гнойные осложнения в полости малого таза и пресакральной области, которые наблюдались у 20-69% больных [2, 5, 6, 7]. Материал и методы исследования: В Колопроктологическом Научном Центре Республики Узбекистан с 1987 года по настоящее время 121 больным выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал (операция “низведения”). Больные были в возрасте от 14 до 70 лет. (средний возраст – 39,5 лет),



из них мужчин – 70 (57,85%), женщин – 51 (42,15%). Причинами для выполнения операции “низведения” были: рак прямой кишки (58); неспецифический язвенный колит – (21); амебиаз толстой кишки – (19); диффузный полипоз толстой кишки – (11); болезнь Крона – (2); аномалии развития аноректальной области – (5); травмы прямой кишки – (2); туберкулез прямой кишки – (1); болезнь Гиршпрунга – (1); гемангиома прямой кишки – (1). Из 121 больных, которым была произведена операция “низведения” – у 55 (45,4%) после операции наблюдались различные гнойные осложнения полости малого таза и пресакральной области. Умерло 2 (3,1%) больных. Результаты и их обсуждение. Проведен анализ результатов после операции “низведения” в зависимости от пола, возраста, наличия сопутствующих заболеваний, характера основного заболевания, объема операции, наложения коло- или илеоанального анастомоза, вида дренирования пресакральной области и антисептика для промывания пресакральной области после операции “низведения” Установлено, что пол пациента, характер основного заболевания и объем операции не оказывали существенного влияния на результаты операций “низведения”, а основным фактором является метод дренирования пресакральной области и вид антисептика для промывания пресакральной области. Причинами гнойных осложнений при традиционных методах дренирования пресакральной области после операции “низведения” были скопления крови или экстравазата, являющиеся хорошей питательной средой для микроорганизмов. С целью снижения послеоперационных нагноительных осложнений мы применили у 34 больных, разработанный нами способ проточного орошения пресакральной области после операции “низведения”. Суть способа состоит в установке микроирригатора во время операции в полость малого таза и пресакральную область, один конец которого выводится на переднюю брюшную стенку через брюшную полость, другой конец вместе с дренажной трубкой (диаметр – 10 мм), установленной в пресакральном пространстве, выводится на промежность через контрапертуру. Из 34 больных гнойные осложнения полости малого таза и пресакральной области наблюдались – у 3 (8,8%) больных. Предложенный нами способ имеет ряд преимуществ и отличается от ранее применяемых методов тем, что перманентное промывание антисептиками сверху вниз исключает восходящую инфекцию и закупорку дренажей, создает возможность поддержания высокой концентрации антибиотиков в ране. Применяемая нами озонированная жидкость, разлагаясь на молекулы кислорода и атомарный кислород (озон), обладает выраженным окислительным действием на органические соединения в водной среде и может протекать тремя путями:

1. Непосредственное окисление с потерей атома кислорода.
2. Присоединение молекулы озона к окислительному веществу.
3. Каталитическое воздействие, увеличивающее окислительную роль кислорода [1, 3, 4].

Бактериологическое исследования промывных вод из дренажных трубок до и после орошения полости малого таза и пресакральной области озонированной жидкостью выполнены у 19 больных. Они показали, что в 47,3% случаев высевались *E. Coli*, в 15,8% - *Streptococcus faecalis*, в 5,3% - *Enterobacter aerogenus*, в 10,5% - *Morganella morganii*, в 5,3% - *Pseudomonas aeruginosa*, в 5,3% - *Proteus mirabilis*. Промывные воды исследовались в динамике на 1, 2 и 3 сутки после операции



“низведения”. Отмечено, что количество микробных колоний высеваемых из промывных вод в первые сутки уменьшилось, а на 3-и сутки их не было. Лишь в двух случаях при росте колоний *Pseudomonas aeruginosa* и *Proteus mirabilis* микробная обсемененность не изменялась. Таким образом, использование профилактических мероприятий (в первую очередь способа непрерывного орошения пресакральной области озонированной жидкостью) позволило добиться существенного улучшения непосредственных результатов операций и уменьшения числа больных с нагноительными осложнениями до 8,8%. Необходимо особо подчеркнуть, что применение приведенных выше методов профилактики, опасных и распространенных осложнений полости малого таза и пресакральной области, развивающихся после операции “низведения” не требует дополнительного оборудования и медикаментов.

Выводы.

1. Оптимальным методом профилактики гнойно-воспалительных осложнений полости малого таза и пресакральной области после операции “низведения” является дренирование этой зоны и проточное орошение антисептическими средствами.

2. Наиболее эффективной является озонированная жидкость, предупреждающая и значительно снижающая частоту гнойно-воспалительных осложнений этой области (8,8%). Библиографические ссылки; references; адабиётлар рўйхати:

1. Апсаттаров Э.А. Новые технологии в гнойной хирургии. Первый конгресс общества хирургов имени Пирогова. Тезисы докладов и сообщений. Ташкент. – 1997. С. 7

2. Барсуков Ю., Тимофеев Ю., Николаев А. Сфинктеросохраняющие операции при нижнеампулярном раке прямой кишки // Врач. – 1996. № 6.-С. 19-20.

3. Везрме Х.С. Лечение костно-гнойной инфекции методами Арнольда Сеппо.- Таллин. – 1986. 116с.

4. Кожинов В.Р., Кожинов И.В., Озонирование воды. – М.-1987.-120С.

5. Федоров В.Д. Рак прямой кишки. – М., Медицина, 1987. 320с.

6. Fabbri C., Cirocchi R., Rossi R. et al. Surgery of local recurrence in rectal cancer // Minerva Chir / - 1997. – Vol. 52, № 1-2. – P. 21-24.

7. Fontanili M., Caforio M., Asteria C. Perioperative complications in traditional surgery of the rectum // Minerva Chir / - 1997. Vol. 52. № 3. – P. 217 – 224.

КУЙИШ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ОҒИРЛИГИНИ АНИҚЛАШ МУАММОЛАРИ

Тен Д.О., Салоҳиддинов К.З., Фозилов А.А., Алижонов М.А.

Фарғона шаҳар тиббиёт бирлашмаси

Андижон давлат тиббиёт институти

Куйганларга ёрдам беришнинг турли босқичларида куйишларни даволаш билан шуғулланадиган жаррохлар ва турли даражадаги тайёргарлик даражасидаги бошқа тиббиёт мутахассислари томонидан куйиш шикастланишининг оғирлигини аниқланишнинг тўғрилигини таҳлил қилганда термик куйишнинг умумий майдони ва чуқурлигини аниқлашда кўпинча хатолар аниқланади. Шифохонадан олдинги



боскичда улар 100%га, жаррохлик ва куйиш шифохоналарида эса шифокорнинг малакасига караб 70-10%га етади.

80% холларда куйишнинг умумий майдонини ортиқча баҳолаш, 20%да-кам баҳоланиш мавжуд. Куйиш майдони инсон танаси юзасининг 5-30%га ортиқча баҳоланади. Кам баҳоланган майдон инсон танаси юзасининг 2-10%ини ташкил қилади. Умумий куйиш майдонини ташхислашнинг аниқлигида маълум бир қоида мавжуд: аниқланган ва ҳақиқий қиймат ўртасидаги фарқ канчалик кичик бўлса, куйишлар шунчалик кенгайди. Чекланган ва кенг тарқалган жароҳатлар учун айникса катта куйиш ҳолатларида умумий куйиш майдони ва чуқур куйиш жароҳати майдонини ташхислашда аниқлик жуда муҳимдир. Куйишнинг умумий майдонини ортиқча баҳолаш: а) беморнинг ахволи оғирлигини бошқа тоифасига ёки куйиш жароҳати оғирлигининг бошқа гуруҳига ўтказиши. б) инфузион терапия учун курсатмаларга таъсир қилади, чунки турли адабий манбаларга кура, у беморнинг тана юзасини 10%, 15%, 20%, 25% ёки 30%дан бошланади. в) агар бу куйишларни даволашда иштирок этган врач тажрибаси етарли бўлмаса, куйиш майдонини тезда аниқлаш ва суяқлик талабларини ҳисоблаш қийин ва купинча нотўғри бўлиши мумкин. Оғирлиги 75кг бўлган беморда Паркланд формуласидан фойдаланилганда ҳақиқий тана юзасидан умумий куйиш майдони 10% юқори бўлади. Реанимацион инфузиянинг тахминий ҳажми 3000мл дан ошиб кетади. д) гиповолемия бўлмаган тақдирда катта ҳажмдаги препаратни эрта юбориш “суяқликнинг емирилиши” феноменининг пайдо бўлиши, оғир реанимация ва компартмент синдромларининг пайдо бўлиши учун кўзғатувчи омил ҳисобланади. Худди шундай, чуқур жароҳат майдонини аниқлашдаги хатолик, ҳолатнинг оғирлигини ортиқча баҳолаш ёки нотўғри баҳолаш, нотўғри даволанишга олиб келиши мумкин. Умумий куйиш майдони ёки чуқур жароҳат майдонининг қийматини тўғри баҳолаш камроқ оғир оқибатларга олиб келади. Махаллий амалиётда “тўққизлар қоидаси” ёки “қафтлар қоидаси” кўпинча куйишнинг умумий майдонини аниқлаш учун ишлатилади, чет элда – Lund-Browder жадвали, шунингдек 3D модели қўлланилади. Аммо, бир қатор тадқиқотларда кўрсатилгандек, инсоннинг қафти майдони унинг танасининг тахминан 0.78%ни ташкил қилади. Умумий куйиш майдонининг таърифини стандартлаштириш учун зараланган ҳудудни ташхислаш учун ягона рус методологиясини яратиш керак.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЎТКИР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

А.Ю.Тухтакулов, Н.И.Махмудов, Кайумов Ж.А.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Қорин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликларида, ёпиқ шикастланишларида ўз вақтида шошилиш ташхис қўйиш, даволаш амалий тиббиётнинг долзарб ва мураккаб муаммоларидан ҳисобланади. Ўткир хирургик касалликларда баъзи холларда ташхис қўйишнинг мураккаблиги, беморларнинг шифохонага кеч муражаат қилишлари, кекса ёшдаги ва оғир ҳамроҳ касалликлари

мавжуд беморларда касаллик белгиларининг атипик намоён бўлиши каби ҳолатлар билан ҳамбарчас боғлиқдир. Ўз вақтида аниқ ташҳис қўйишдаги муаммолар ва самарали даволаш услубини танлашдаги қийинчиликлар, ушбу беморларда шошоланч лапароскопияни амалга ошириш заруриятини туғдиради. РШТИМ Фарғона филиалида кейинги 3- йил давомида жами 117 -беморларда диагностик ларароскопия амалга оширилган. Эркаклар - 74 (63,2%), аёллар -43 (36,8%) кишини ташкил этади.

Шошилишч лапароскопия ўтказишдан асосий мақсад қорин бўшлиғи ўткир хирургик касалликларини аниқлаш, худди шундай клиник белгилар билан намоён бўладиган бошқа касалликларни инкор этиш, органлардаги патологик ўзгаришлар даражасини баҳолаш, қайси даволаш услуби айнан шу бемор учун самарали эканлигини аниқлаш каби вазифаларни ҳал этиш учун бажарилади. 117 та бажарилган диагностик лапароскопиядан 21 (17,9 %) беморларда қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир хирургик ҳасталиғи инкор этилди. Қолган 96 беморлардан 64 (54,7 %) сида ўткир хирургик касалликлар, 32 (27,3%) беморларда қорин бўшлиғи аъзолари ёпиқ шикастланишлари аниқланди. Диагностик лапароскопияда қорин бўшлиғи аъзолари ўткир хирургик касалликлари топилган 64 беморлардан 12 (18,75%) беморларда ўткир декструктив холецистит, 10 (15,6%)- ўткир аппендицит, 11 (17,2%) – ўткир панкреатит, 8 (12,5%)- 12 бармоқ ичак ярасининг тешилиши, 6(9,4%) – тухумдон кистасининг айланиб қолиши, 4 (6,2%) – ингичка ва йўғон ичак ўсмалари, ичак тутилиши,- 6 (9,4%) пельвиоперитонит, - 4 (6,2 %) - Крон касаллиғи, 3 (4,6%) – беморларда мезентрал томирлар тромбози аниқланди.

Бу беморларнинг 38 тасида (59,3 %) ананавий лапаротомияга ўтилди ва керакли операциялар бажарилди. Қолган 26 (40,7%) беморларда эса лапароскопик операция усуллари бажарилди. Лапароскопик шошилишч холецистэктомия -7 (26,9 %) беморда, аппендэктомия -5 (19,2 %), лапароскопик тухумдонлар кистэктомияси -4 (15,4 %), лапароскопик қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш -4 (15,4 %), лапароскопик кичик тос бўшлиғини санацияси ва дренажлаш - 6 (23%) беморларда бажарилди. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланиши билан диагностик лапароскопия ўтказилган 32 беморлардан, 26 тасида (81,2%) қорин бўшлиғи аъзолари шикастланишлари аниқланди , 2 (5,2) беморда эса қоринпарда орти гематомаси топилди. Қолган 6 (15,7 %) беморларда оператив муолижаларга сабаб топилмади, қорин бўшлиғи ёпиқ шикастланишлари истисно қилинди ва “ кераксиз” лапаротомиянинг олди олинди. Диагностик лапароскопияда қорин бўшлиғи ёпиқ шикастланишлари аниқланган 26 беморларда ананавий лапаротомия қилинди ва - 9 (34,6 %) беморда жигар жароҳатларини тикиш, - 5 (19,2 %) беморда спленэктомия, - 6 (23 %) беморда ингичка ва йўғон ичак жароҳатларини тикиш, -4 (15,4 %) беморда ингичка ва йўғон ичаклар ичактутқичлари жароҳатини тикиш, - 2 (7,7 %) беморда сийдик пуфағи жароҳатини тикиш ва эпицистостомия қўйиш операциялари бажарилди.

Хулоса қилиб айтганда лапароскопик хирургиянинг ўткир қорин касалликларига ва ёпиқ шикастланишларда амалиётга тадбиқ этилиши, диагностика услубини самарадорлигини оширган ҳолда, нафақат ташҳис қўйиш муаммосини ҳал қилиш, балки 40,7 % ҳолатларда операцияни лапароскопик усул билан яқунлаш имконини берди. Бу эса кам инвазив хирургиянинг барча афзалликлари: операцион жароҳатнинг ва операциядан сўнги оғриқнинг максимал камайтирилишига, беморларнинг эрта

фаоллаштирилишига, даволаниш муддатини қисқаришига, дори –дармон ва боғлов материаллари сарфини камайишига имкон беради.

БОЛАЛАРДА ТУҒМА МАЙМОҚОЎҚЛИКНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Узоқова Д.

**Педиатрия факультети, 412-гурух педиатрия йўналиши Илмий раҳбар:
ассистент Нарзикулов У.К. ТошПТИ травматология-ортопедия, болалар
травматологияси, ортопедияси, нейрохирургия ва болалар нейрохирургияси
кафедраси**

Долзарблиги. Маймоқоёқлик тизза-болдир ва оёқ панжаларининг анатомафизиологик жиҳатидан норасо ривожланиши билан кечадиган ортопедик патологияларидан биридир. Бу патологияда юмшоқ тўқималар: бойламлар, пайлар, мушаклар, қон-томир ва нервлар, бўғимлар ва суякларнинг нормал ривожланишини бузилиши билан бирга, чақолоқ туғилишнинг биринчи кунидан оқ ортопед муолажасига эҳтиёжманд бўлиб қолади. Бу касалликнинг келиб чиқишда бир нечта назариялар мавжуд бўлиб ҳеч қайсиси аниқ бир омилни кўрсата олмайди. Олимлар бу касалликни келиб чиқишини экзоген, эндоген ва генетик омиллар сабабидан ривожланишини таъкидлаб келишмоқда. Таянч-ҳаракат тизими касалликларида болаларни фаол ва мустақил ҳаракат кўлами чекланиши уларнинг психологиясига тўғридан-тўғри таъсир этади. Муаллифларнинг маълумотларида келтирилишида касаллик даврида, уларнинг ҳаётий фаоллиги, турмуш тарзи сифати кўрсаткичлари тушиб кетади. Шунинг учун, касалликларда беморларнинг психоэмоционал ҳолатини ҳисобга олган ҳолда болдир-панжа бўғимининг туғма патологияларини болалар тўлиқ юриб кетгунча бартараф этиш зарур. Мақсад. Болаларда туғма маймоқликни даволаш натижаларини яхшилашга эришиш. Материал ва услублар. ТошПМИ клиникасининг травматология ва ортопедия бўлимида, туғма маймоқлик билан 2 ҳафталик чақолоқлик давридан 2 ёшгача 2019-2024 йилларда даволаниб чиққан 46 бемор болаларнинг касаллик тарихлари таҳлил қилинди. Текшириш усуллари: клиник, рентгенологик, неврологик. Бу касалликда оёқдаги деформациялар боланинг туғилиши билан оқ аниқланади, супинация, аддукция ва эквинус белгилари яққол намоён бўлади. Барча беморларимизда оёқ панжасининг олд-орқа проекциясида олинган рентген тасвири таҳлил қилинди ва бунда болани ёши қанча катта бўлиб бориши билан панжа суяклари деформацияси кучайиб бориши ва ёши катта болаларда қафт олди суякларининг чиқиши кузатилди. Натижалар. Кузатувимиздаги 9 бемор қиз болаларни ташкил этган бўлса, ўғил болалар 17 тани ташкил этди. Маймоқоёқлик билан туғилган беморларимизнинг барчасида Понсети (Ignacio Ponseti) усулида даволаш муолажалари олиб борилди. Бунда оёқларга ватник ўралгач тизза бўғимидан 900 га букилиб ахилл пайи бўшаштирилади ва бармоқлар учидан соннинг юқори қисмигача циркуляр гипс боғлам қўйилади ва босқичма-босқич олдин супинация, кейин аддукция ва эквинус деформациялари коррекцияланади. Бу усулда даволаш бола 1 ёшга тўлгунча олиб борилади. Бу усул билан даволаш натижасида кўп ҳолларда тўлиқ коррекциялашга эришилади, агар деформациянинг бирор компоненти



тўлиқ коррекцияланмаса кейинчалик уни оператив йўл билан амалга ошириш осон кечади. Бизнинг кузатувимиздаги 6 беморда маймоқликни оғир даражаси мавжуд бўлганлиги учун эквинус ҳолатини тўлиқ бартараф этиш мақсадида 8 ойдан сўнг ахиллапластика операцияси ўтказилиб коррекцияланди ва барча беморларга 1 йил мобайнида махсус ортопедик брейс оёқ кийимида юриш буюрилди.

Хулоса. Шундай қилиб, болаларда туғма маймоқоёқликни Понсети усулида даволаш болалар учун қулай, оғриксиз усул бўлиб поликлиника шароитида ҳам даволаш муолажаларини олиб боришга имкон яратади. Болаларда туғма маймоқликни эрта, тўғри танланган усул билан даволаш ва консерватив ёки оператив усулларда даволанишдан сўнг 1 йил мобайнида махсус ортопедик оёқ кийимида юриш болдир-панжа бўғимида контрактураларини юзага келишини ва болаларни бир умр ногирон бўлиб қолишларини олдини олишга имкон яратади ва уларнинг психоэмоционал ҳолатини яхшилайдди.

БОЛАЛАРДА ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИ

Уралов Ш. Ш.

**Тошкент тиббиёт академияси, 4-курс, 2-Даволаш, Тошкент, Ўзбекистон Илмий
раҳбар: т.фн.;доцент, Бердиев Эргаш Абдуллаевич**

Кириш: Болаларда ичак инвагинацияси ўткир ичак тутилишини кам учрайдиган тури бўлиб, ўртача 50% ташкил этади. Ичак инвагинацияси асосан бола ҳаётининг биринчи йилида кўп учрайди (85-90%). Шу сабабдан ҳам ушбу муаммо ечимига қаратилган илмий изланишлар кўлами ўзининг долзарблигини йўқотгани йўқ. Тадқиқотимиз мақсади: Ичак инвагинацияси касаллигини муддатига қараб, даволаш тактикасини танлаш ва натижаларини таҳлил қилишдан иборат. Материал ва текшириш усуллари: Даволаш натижаларини таҳлил қилиш учун ёшлари 5 ойдан - 8 ойликча бўлган 57 та бемор болалар олинди. 1 ёшгача бўлган болалар 30 (56)% ташкил этди. Касаллик бошланганидан 12 соатгача бўлган бемор болалар 33 (62)%, 12 соатдан 24 соатгача булганлари 6 (11)%, 2 кунлик муддат билан 9 (18)%, 3 кунлик ва ундан кўп муддат билан 4 (9)% тани ташкил этди. Барча беморларда касаллик ўткир бошланиб, хуружсимон оғриқ белгилари билан, болани йиғлаши ва безовталаниш ҳолаталари кузатилган. Ахлатида қон ва қусиш аломатлари 32 (60)% болаларда кузатилса, қоринда ўсмасимон ҳосилалар пайпасланиши 22 (41,3)% болаларда аниқланди. Пневмоирригоскопия ёрдамида ичак инвагинациясини 50 (93)% аниқлаш имконини берди. Қорин бўшлиғи УТТ текшируви ёрдамида 10 беморни 9 тасида “инвагинат” борлиги аниқланди. Ичак инвагинациясини илеоцекал тури билан 52 (97,4)% бола, ингичка-ингичка ичак тури тури билан 1 (2,6)% бемор болаларда аниқланди. Тадқиқот натижалари: Ичак инвагинацияси касаллигини эрта даврида мурожаат қилган 34 (64%) беморларда консерватив даво ижобий самара берган бўлса, 27 та беморда хирургик амалиёт амалга оширилди; лапаротомия ва дезинвагинация-21, ичаклар резекцияси охирига-охири анастомоз-2, охири-ёнига-1 та беморда бажарилди. Лапароскопик дезинвагинация-6та болаларда амалга оширилди. 5 та беморда қайта лапаротомия асоратлар ва қайта оператив амалиётлар (перитонит ва

қорин пардани битишмали касалликлар ҳисобига) бажарилди. Лапароскопик жарроҳлик амалиётларидан сўнг асоратлар кузатилмади. Хулоса: Шундай қилиб, болаларда илеоцекал инвагинация касаллик бошланишини 1-чи суткаларидаёқ консерватив дезинвагинация 100% ҳолатларда ижобий самара беради. Видеолапароскопия ичак инвагинациясини диагностикасида асосий текширув усули бўлиб, кам шикаст етказиб видеолапароскопик дезинвагинацияни бажариш ҳисобига, яхши косметик натижага эришиш мумкин.

БРОНХОЭКТАЗ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА МУКАММЛАШГАН ИММУНОЛОГИК ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

Ж.С.Ҳикматов, Б.З.Хамдамов, К.У.Ғазиев
Бухоро давлат тиббиёт институти

Бронхоэктатик касаллик - бронхларда қайтарилмас ўзгаришлар (кенгайиш, деформатсия) билан тавсифланган касаллик бўлиб, улар функционал заифлик ва бронхиал дарахтда сурункали йирингли-яллиғланиш жараёнининг ривожланиши билан кечади. Иммунологик нуқтаи назардан, бронхоэктазларга катта қизиқиш уйғонади, чунки у иммунитет танқислиги механизмлари ва бактериял инфекцияга кейинги доимий яллиғланиш реакцияси ҳақида тушунча беради. Шунингдек, у беморнинг натижаларини яхшилаш учун иммунитет реакциясини манипулятсия қилиш потенсиалини таклиф қилади. Шуни таъкидлаш керакки, бронхоэктатик касалликларнинг ривожланишига ҳисса қўшиши мумкин бўлган жуда кўп турли хил омиллар (инфекциядан кейинги, иммунитет танқислиги, шиллик қаватлар функцияси, тизимли яллиғланиш касалликлари, нафас йўллариининг обструкцияси) мавжуд бўлсада ва уларнинг патогенези ҳали тўлиқ ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади: Бронхоэктаз касаллигини комплекс хирургик даволашда иммуностатусни коррекциялаш усулларида фойдаланган ҳолда операциядан кейинги клиник натижаларни яхшилаш

Материал ва усуллар: Тадқиқотда Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази (Бухоро вилоят КТТМ) I хирургия бўлимида 2019-2023-йилларда ва Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази Ўпка ва кўкс оралиғи хирургия бўлимида бронхоэктаз касаллиги (БЭ) бўлган 118 нафар бемор ўтрганилди. Уларнинг 47 нафарини эркак (39,8%) ва 71 нафарини (60,2%) аёл беморлар ташкил этди. Ўртача ёш $38,2 \pm 2,2$ ёшни ташкил этди.

Тадқиқотда асосий гуруҳда 52 нафар ва таққослаш гуруҳида 66 нафар бемор иштирок этди. Барча беморлар стандарт даволанди асосида даволанди, шу жумладан антибиотиклар (микроб сезгирлигига қараб) ва бронхолитиклар (суткасига 3-4 марта небулайзер орқали 500 мкг дозада бромид ипратропияси+фенотерол ингаляцияси) қабул қилди. Маҳаллий терапия ўтказиш учун шунингдек, санацияли фибробронхоскопия ўтказилди. Асосий гуруҳ (52 нафар) беморларда шу билан бирга иммунотерапия ўтказилди. Санацион фибробронхоскопия муолажалари 3-4 кун оралиқ билан олиб борилди; даволаш курси 3 дан 6 сеансгача давом этиб, бу бронх ажралмасининг характери ва ҳажмига боғлиқ бўлди. Тадқиқот давомида асосий гуруҳ беморларида иммунотерапия мақсадида биз Ликопид® (Licopid) дори воситасидан



фойдаланилди. Таркиби глюкозаминилмурамилдипептид (ГМДП) ташкил топган. Таблетка ҳолатида чиқарилади. Препарат катталарда иккиламчи иммунитет танқислиги ҳолатлари билан кечадиган касалликларни комплекс даволашда қўлланилади: тери ва юмшоқ тўқималарнинг ўткир ва сурункали йирингли-яллиғланиш касалликлари, шу жумладан операциядан кейинги йирингли-септик асоратларда. Дори воситаси эраталаб овқатланишдан ярим соат олдин қўлланилади. Цитокинлар концентрациясини аниқлаш учун беморлар балғами олинди ва ИФА ёрдамида тадқиқотлар ўтказилди. Бунда тест-тизимлардан фойдаланган ҳолда интерлейкин-4 (IL-4) ва интерлейкин-8 (IL-8) концентрациялари аниқланди. Гуморал иммунитетни аниқлаш учун бемор балғамидаги IgA, IgM, IgG иммуноглобулинлари концентрацияси ИФА ёрдамида аниқланди. Бунда тест-тўпламларидан фойдаланилди. Тадқиқот натижалари «MS Excel-XP» дастурининг электрон матричасига киритилди. Статистик усуллар ўртача қийматларни (M) ва уларнинг вариацион хусусиятларини (стандарт хато - SE, стандарт оғиш - SD) ҳисоблашни ўз ичига олади. Далиллаш тамойилларига асосланиб, барча ҳисобланган статистик кўрсаткичларнинг ишончилиги $p < 0,050$ дан $p < 0,001$ гача бўлган. $p > 0,050$ дан паст бўлган барча статистик кўрсаткичлар ишончсиз деб топилди. Тадқиқот натижалари: Тадқиқот давомида, яллиғланишни кўлловчи ва унга қарши цитокинларнинг бемор балғамидаги концентрацияси организмда кечаётган яллиғланиш жараёнининг кечиши касаллик якунига мос ўзгариб туради, улардан бирининг концентрацияси иккинчисидан устун бўлса, ушбу натижа яллиғланиш жараёни кучли кечишидан далолат беради. Тадқиқотимиз давомида иммунологик статусни белгиловчи IL-8 цитокини миқдор жиҳатдан яллиғланишга қарши IL-4 га нисбатан кўп аниқланиши шу патологик ҳолатнинг яққол ривожланганидан далолат беради. Демак, беморлардан биологик ашё олиш босқичида яллиғланиш кучли ривожлангани исботланди. Хулоса қилиб айтганда, юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, яллиғланишга қарши IL-4 ва иммунологик статусни белгиловчи IL-8 цитокинларни кўшимча ташхисий ҳамда прогностик иммунологик мезонлар сифатида тавсия этилди. Бронхоэктаз касаллиги билан оғриган беморлар балғамидаги асосий иммуноглобулинлар (IgM, IgG, IgA, IgE) концентрациясини аниқлаш асосий ва таққослаш гуруҳлардаги беморларда уларнинг ўзгариш йўналишлари ва кўпайиш тенденциялари амалий жиҳатдан бир хил бўлганини кўрсатди. IgA миқдори хар иккала гуруҳда назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан мос равишда 1,25 ва 1,02 мартага ошган бўлса ($p < 0,05$), IgM концентрацияси мос равишда 1,15 марта ($p < 0,05$) ва 1,05 мартага ($p > 0,05$) кўпайган, IgG нинг шу параметрлари 2,12 ва 2,14 мартага ишончли даражада ошган ($p < 0,005$). Хар иккала иммуноглобулиннинг ўрганилаётган назологик бирлик учун патогенетик аҳамияти бўлса ҳам, диагностик ва касаллик кечиши ҳамда якуни истиқболини белгилаш бўйича аҳамияти камлигини эътироф этамиз. Асосий касаллик фонидаги беморларда яллиғланишга қарши (IL-4) цитокинлар миқдори назорат гуруҳи кўрсаткичларидан ишонарли равишда юқори бўлганлиги билан ажралиб турди. Агар IL-4 бўйича гуруҳлараро фарқ 1,98 ва 2,05 мартани ташкил этган. Барча кўрсаткичлар орасида илк бор цитокинлар параметрлари бўйича беморлар гуруҳлари (Асосий ва таққолаш гуруҳлар) орасида фарқлар кузатилди ($p < 0,05$, $p < 0,005$). Бу эса касаллик патогенезига, унинг шаклланиши ва ривожланишида иммун тизимининг тутган ўрнига янгича қараш сифатида тавсия қилинади. Хар иккала цитокин ҳам (IL-4

ва IL-8) беморларда бронхоэктаз касаллигининг кечиши ва якуни истиқболини белгилашда амалий соғлиқни сақлаш учун қўшимча прогностик мезонлар сифатида тавсия этилди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, IL-4 ва IL-8 кузатув гуруҳи беморларида умумий қабул қилинган меъёр ёки референс кўрсаткичлар доирасида бўлиб, даволашдан кейин ҳам амалий жиҳатдан бир бирига яқин натижани кўрсатди - мос равишда ўрганилган параметрлар бўйича $11,12 \pm 0,71$ нг/мл ва $46,31 \pm 1,59$ нг/мл.

Бронхоэктаз касаллиги билан оғриган беморлар балғамидаги асосий иммуноглобулинлар (IgM, IgG, IgA, IgE) концентрациясини аниқлаш асосий ва таққослаш гуруҳлардаги беморларда уларнинг ўзгариш йўналишлари ва кўпайиш тенденциялари амалий жиҳатдан бир хил бўлганини кўрсатди. IgA миқдори хар иккала гуруҳда назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан мос равишда 1,25 ва 1,02 мартага ошган бўлса ($p < 0,05$), IgM концентрацияси мос равишда 1,15 марта ($p < 0,05$) ва 1,05 мартага ($p > 0,05$) кўпайган, IgG нинг шу параметрлари 2,12 ва 2,14 мартага ишончли даражада ошган ($p < 0,005$). Тадқиқот давомида IgA, IgM ва IgG лардан фарқли равишда IgE нинг бемор балғамидаги концентрацияси этиборни жалб этадиган даражада ўзгарди. Бошқа иммуноглобулинлардан фарқли равишда улар миқдори нафақат назорат гуруҳларидан, балки, киёсланаётган гуруҳлар орасида ҳам фарқли бўлди.

Асосий ва таққослаш гуруҳда бу кўрсаткич янада ошгани қайд этилди - $167,58 \pm 6,67$ нг/мл (6,85 мартага $p < 0,005$). Бронхоэктаз касаллиги мавжуд беморлар балғамида IgE нинг кўп миқдорда (6,33 ва 6,85 мартага) ошиши организмда касалликнинг кучайганлигини кўрсатди. Тадқиқотда бронхоэктаз касаллигида мураккаб жарроҳлик даволаш, шу жумладан санацион фибробронкоскопия ва иммунотерапия, беморларнинг асосий гуруҳида бронхиал дарахтда ажралма табиатининг ўзгаришига олиб келди. Ушбу гуруҳда шиллиқ йирингли ажралма бор беморлар сони 35,9% га камайган, шилимшиқ ажралма бўлган беморлар сони 1,9% га кўпайган ва 34,1% беморларда бронхиал дарахтда ажралма бутунлай йўқолган.

Хулоса. Бронхоэктаз касаллигига чалинган беморларда комплекс хирургик даволашда анъанавий даволаш билан биргаликда иммунотерапияни қўллаш юқори самарадорликка эришилди ва патогенетик асосланган ҳамда касалликни даволаш ва олдини олишда юқори самарадорликка эга ҳисобланади, шунинг учун клиника амлиётида кенг фойдаланиш учун тавсия этилиши мумкин бўлди.

ИЧКИ КСАЛЛИКЛАР ПРОПЕДЕВТИКАСИ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА ЯНГИ АВЛОД ТЕСТЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ

**Шамсуддинова Г.Б., Махмудов Н.И., Сохибоев И.А.
Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти**

Республикаимиз таълим тизимида тест топшириқларидан фойдаланиш 1992 йилдан буён қўлланилади. Талалабалар билимини баҳолашда тест усулидан фойдаланиш талабаларни билимларини баҳолашда ўзлари фаол иштирок этишлари ва бу усулни ўзининг адолатлиги, ҳаққонийлиги, ҳолислиги билан бир қаторда тезкорлик, аниқлик ва муаммога объектив ёндошишни каби ҳолатлар билан ююшқа усуллардан ажралиб туради.. Келажакда касбий фаолиятида тезкор ва аниқ қарор



қабул қилишни талаб этадиган шифокорларни тайёрлашда тест усули айниқса муҳимдир. Тақиқод мақсад: Тиббиёт олий таълим муассаларида ички касалликлар пропедевтика фанини ўқитишда тест усулини қўллашнинг аҳамиятини ўрганиш ва таҳлил қилиш. Тест методининг кенг тарқалиши, ривожланиши ва такомиллашувига унинг қуйидаги афзалликлари: тест топшириқлари тадқиқот мақсадига мувофиқ респондентларнинг билим, кўникма ва малакаларига аниқ баҳолаш имконини беради; ижтимоий сўровларда иштирок этган кўпсонли респондентларнинг фикр ва мулоҳазаларини аниқлаш ва умумлаштириш имконияти мавжуд; таҳсил олувчиларнинг билим, кўникма ва малакаларини аниқлаш ва баҳолаш жараёни объектив амалга оширилади, баҳоловчи томонидан субъективизмга йўл қўйиш олдини олади. турли гуруҳ респондентларидан олинган маълумотларни қиёсий-статистик таҳлилини ўтказишга замин тайёрлаши кабилар замин яратади. Тестларни апробациядан ўтказилаётганда учта мезон ҳисобга олиниши лозим: - ишончлилиқ (бир хил шароитларда натижаларнинг қайтарилиши). – мақсадга йўшалтирилганлиги(тестларнинг танлаб олинган маълум мақсадга қаратилганлиги). - объективлиги (шароит ва талабларнинг бир хил қўйилиши). Тестнинг ёпиқ типига кирувчи тест шакллари керакли сўз, рақам, формула ёки иборани ёзиб қўйишни талаб этади. Тестнинг очиқ типига бир вариантли ёки бир неча тўғри муқобил жавобли вариантларни аниқлаш, элементлар ўртасида мосликни ўрнатиш, тўғри ёки нотўғри элементларни ажратиб олишни ҳамда тўғри кетма- кетликни ўрнатиш талаб этилади. Гомоген тестлар бу қийинчилиқ даражаси бўйича ўсиб боровчи, ўзига хос шаклга эга бўлиб, талабаларнинг муайян дарс мавзуси юзасидан тайёргарлик даражаси, билим, кўникма ва малакаларини сифати ва самарадроллигини назорат қилиш ва баҳолашга мўлжалланган ички касалликлар пропедевтикаси фанини битта ўқув курси бўйича тузилган топшириқлар тизими саналади. Гетероген тестлар эса бу қийинчилиқ даражаси бўйича ўсиб боровчи, ўзига хос шаклга эга бўлиб, талабаларнинг муайян мазмун юзасидан тайёргарлик даражаси, билим, кўникма ва малакаларини сифати ва самарадорлини назорат қилиш ва баҳолашга мўлжалланган бир нечта ўқув курс бўйича тузилган топшириқлар тизими. Интегратив тестлар интеграл мазмун, шакл, қийинчилиқ даражаси бўйича ўсиб боровчи, таълим муассасасининг битирувчисининг тайёргарлик даражаси ҳақида умумлашган якуний хулоса чиқаришга имкон берадиган тест топшириқлари саналади. Адаптив тестлар автоматлаштирилган, талабалар билан индивидуал ишлашга имкон берадиган, топшириқ мазмуни, бажариш тартиби, қондаси, шу топшириқни бажариш натижасида таҳсил олувчининг эгаллаши мумкин бўлган бали ва тест натижаларини умумлаштириш бўйича кўрсатмалардан иборат бўлади. Тестларнинг адаптив гуруҳини пирамидали адаптив тестлар ташкил этиб, қўлланиш мақсадига кўра: ўртача муракаблигдаги, таҳсил олувчининг танлашига кўра аралаш, топшириқлар банки бўйича фақат қийин муракаблиқ даражали бўлиши мумкин. Адаптив тестлар таълим-тарбия жараёнини ташкил этишнинг модулкредит парадигмасида муваффақиятли қўлланиши мумкин. Бунинг учун педагог битта мавзу, боб, бўлим, курс мазмуни бўйича турли қийинчилиқ даражадаги бир неча вариантли тест топшириқларини тузиш ва амалда қўллаш маҳоратига эга бўлиши лозим. Тест топшириқларининг қийинлик даражаси мезони. Оддий тест (эслаш, ёдда сақлаш, таниш каби психик жараёнларни боришини таъминловчи тест. билимларни мустахкамлайди. Ички



касалликлар пропедевтикаси фанини ўқитишда репродуктив даражадаги тест топшириқлари еморларни текшириш, лаборатория тахлилларини ўрганиш, ва нихоят тўғри диагноз қўйиш масалаларини ўргатишда талабаларнинг хотирасида сақланган билим, кўникма ва малакаларни юксалтиришда муҳим аҳамият касб этади. Продуктив даражада тузилган тест топшириқлари талабалар томонидан ўрганилган назологик ҳолатларни қиёслаш, ўхшашлик ва фарқларни аниқлаш, умумий ҳулоса чиқариш орқали жавоб беришни талаб этади.

Хулосалар:

1 Тиббиёт олий ўқув юртларидаички касалликлар пропедевтикаси фанини ўқитишда тест топшириқларининг хилма-хил вариантларини қўллаш талабаларнинг билим олиш самарадорлигини оширади.

2. Ички касалликлар пропедевтикаси фанини ўқитишда янги авлод тестларини қўллаш талабалар билимини баҳолашда адолат, ҳаққонийлик, ҳолисликни таъминлайди, ва бўлажак шифокорни ушбу фанга бўлган қизиқишини ортиради.

ЎЗБЕК ТИЛИ ДАРСЛАРИГА ҚЎЙИЛАДИГАН ЗАМОНАВИЙ ТАЛАБЛАР

Эргашева А.

**Даволаш факультети 1 курс талабаси Илмий раҳбар - М.Қўзибоева
Андижон давлат тиббиёт институти**

Дарс жараёнида талаба ижодкорлигини шакллантириш ҳам бугунги кун замонавий дарснинг асосий мазмунини ташкил қилади. Ҳар бир ўқув материали талабада ижодий мотивларни уйғота оладиган, турли янги ғояларни шакллантирадиган бўлиши лозим экан. Талабанинг ижодкорлигини таъминлашда қуйидагиларга алоҳида аҳамият бериш керак бўлади: Талабани ўтилаётган, ўрганилаётган мавзуга қизиқтира олиш. Мавзунини ўзлаштиришда ролли ўйинларга асосланиб, талабанинг билим, кўникма, малакаларига суяниш. Талабанинг ташаббускорлик, ижодкорлик қобилиятини шакллантириш, қўллаб-қувватлаш. Талабанинг қизиқиши ва хоҳишларини фаоллаштириш. Талабанинг интеллектуал (диққат, хотира, фикрлаш) қобилиятларини ишга солиш. Мулоқотга киришганда айтилаётган фикр, мулоҳазаларни жамлашга ёрдамлашиш. Талабанинг муваффақиятга эришишига қулай вазият яратиб бериш, айниқса, аниқ далилларга суяниб мисоллар келтиришини қўллаб-қувватлаш. Замонавий дарсларнинг асосий мазмуни бугунги кун талабаларига ва рақобатга бардош бера оладиган мутахассисларни ўқитиб, тарбиялашга қаратилган экан, дарс самарадорлигини таъминловчи омилларга эътиборни қаратиш ҳар бир педагогдан масъулиятни талаб этади. Дарс жараёнини ташкил этишдаги асосий омиллар қуйидагилар: Дарснинг ўқув техникаси ва мақсадини аниқлаш. Дарсдан кутилаётган пировард натижани белгилаш.

Дарсдан кўзда тутилган билим, кўникма, малака. Қўзланаётган мазмун, мантиқий кетма-кетлик баёни. Мақсадга олиб боровчи баённинг матн, дарслик ва тарқатма материаллар асосида кичик гуруҳларда ишлаш орқали ёки ўқитувчи томонидан тушунтириш. Талабаларнинг таълим мазмуни, мақсадларини ўзлаштирганлик даражаси. Тестлар, саволлар тузишга ўргатиш. Янги мазмундаги мавзу, тушунча, кўникма, малакаларни ўзлаштирганлик даражаси. Дарс ўтиш услуби ва воситаларнинг



танлаб олинганлиги. Дарсда ўқув жараёнини амалга ошириш учун жиҳоз, техника, тарқатма материаллар. Талабалар билими баҳолангандан сўнг унинг натижалари бўйича тузатишлар киритиш. Юқоридагилардан келиб чиқиб шуни таъкидлаш лозимки, бугунги кунда янгича фикрлайдиган, мустақил фаолиятига ишонадиган, турли рақобатларга бардош бера оладиган етук мутахассисларни тарбиялаш ва билимли қилиш замонавий дарсларнинг асосий негизидир.

ИННОВАЦИОН ТАЪЛИМ АСОСИДА ЛОТИН ТИЛИНИ ЎҚИТИШГА ҚЎЙИЛАЁТГАН ТАЛАБЛАР

Эркинбоев С

**Магистратура йўналиши, 2-курс талабаси Илмий раҳбар - М.Қўзибоева
Андижон давлат тиббиёт институти**

Инновацион таълим – бу бўлажак мутахассисларни жойларда ишлашга тайёрловчи жараён бўлиб, у аввал олган билимлар асосида таълимни такомиллаштириш ва самарали янгича ёндашув қилишдан иборат. Унда таълим – тарбияда янгича сифат кўрсаткичига эришиб, юқори самарадорликни қўлга киритиш амалга оширилади ва ижодкорликка йўналтирилади ҳамда таълим технологияларини янгича сифат босқичига кўтариш, шунингдек, таълим – тарбияда замонавий ёндашувларни ташкил қилиб боришни таъминлайди. Инновацион таълимда замон билан ҳамнафас таълим технологияларини яратиш билан шуғулланишга доим имконият яратилиб борилади. Инновацион таълим ўзига хос ижобий хусусиятларга эга. Улар қуйидагилардан иборат: кадрлар тайёрлаш тизимида илм – фаннинг узвий равишда кириб боришини таъминлайди. Бунда илғор педагогик технологияларни яратиш ва ўзлаштириш юзасидан мақсадли инновацион лойиҳаларни шакллантириш ва амалга ошириш йўли билан илм – фаннинг таълим амалиёти билан интеграцияни таъминлаш чора – тадбирлари ишлаб чиқилади; илғор педагогик технологиялар ва янги ахборот технологияларини жорий этиш учун ўрта умумтаълим, ўрта махсус, касб – ҳунар таълими ва олий ўқув юртларида экспериментал майдончалар ташкил этиш орқали илмий – тадқиқот натижаларини ўқув – тарбия жараёнига ўз вақтида жорий этиш механизмларини рўёбга чиқаришга эришилади; таълим жараёнининг истикболини олдиндан кўра билиш, яъни таълим берувчининг аввалги ва ҳозирги тажрибаси асосида ўқитиш эмас, балки таълим олувчини узоқ келажакни мўлжаллашга (истикболли режа тузишга) ўргатишдан иборат бўлиб, унда таълим олувчи ижтимоий ҳаёт ва касбий фаолиятда ташхислаш, башоратлаш, моделлаштириш ва лойиҳалаштиришни амалга ошира олиши зарур; таълим олувчининг ҳамкорликда таълим олиш ва оптимал қарорларни қабул қилиш (локал ва хусусийдан тортиб дунёни, маданият, цивилизация ривожланишини ҳисобга олишдан глобал муаммоларни ҳал этиш)да фаол иштирок этишни таъминлаш. Тиббиёт институтларида талаба-ёшларга лотин тилидан билим беришда инновацион таълимнинг ўрни бекиёсдир. Талабаларнинг билим олишга бўлган мотивацияларини янада такомиллаштиришда, педагогик креативликни таъминлашда инновацион талаблар асосида ўқув машғулотларини ташкил қилиш – замонавий ўқитишга қўйиладиган талабларнинг амалий маҳсули сифатида эътироф этилади.



ГЕМОСТАТИК ХЕМОБЕН ПРЕПАРАТИНИ НЕКРЭКТОМИЯ ВА ДЕРМОПЛАСТИКАДА ҚЎЛЛАШНИНГ ҚИЁСИЙ НАТИЖАЛАРИ

Юнусов О. Т., Рузибоев С. А.

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Долзарблиги. Комбустиологияда некрэктомия ва аутодермопластикада жароҳат юзасини 0,5-1,5 см²/мл ташкил этадиган қон йўқотиш билан кузатилади. Бу вақтда куйиш касаллигини барча босқичларида адекват инфузион тайёргарлик ва гемотрансфузион кўмак ўтказиш муҳим ҳисобланади. Шундай бўлсада инфузия ва гематрансфузия ҳажми эмпирик, схематик тарзда аниқланади. Куйишда некрэктомиянинг мавжуд усуллари некрэктомия ва аутодермопластика ўтказиш учун тайёрлаш босқичи деб ҳисобланиб уларни бажариш вақти қон кетиш, гемостаз ва микроциркуляцияни бузилиши каби асоратлар билан кузатилади, теридан аутотрансплантатни тайёрлаш учун қийқимни анча юзадан олиниши ҳам қон кетишни янада қўпайишига олиб келади. Интероперацион қон кетишни камайитириш мақсадида кесиб олинадиган қорқўтирни остидаги тўқимага олдиндан адреналин эритмасини инфильтрация қилиш ёки операциядан 2 сутка олдин 30% этил спирти юборилиб тери ости ёғ тўқимасидаги томирларда асептик тромбозни чақиришга эришиш мумкин. Эрта некрэктомия интоксикация ва сепсис ривожланиши субстратлари бўлмиш некрозларни олиб ташлаш оқибатида умумий аҳволни яхшилаш имкониятини беради. Эрта некрэктомия вақти йўқотиладиган қонни миқдори ҳар 1 см² 1 млни ташкил қилиб, уни кенг миқёсда қўлланишини чегаралаб қўядиган омиллардан биридир. Демак, 5-10 т.ю. майдонидаги ҳаётийлик белгилари бўлмаган тўқималарни кесиб олишда интероперацион қон йўқотиш 1000,0 мл, айрим ҳолларда – қачонким, қонни ивиш системаси бузилишларида ушбу кўрсаткич бунданда юқори бўлиши мумкин. Шу сабаб чуқур куйишларда куйиш жароҳатларини тайёрлаш усуллариини такомиллаштириш ва беморларни операцияга тайёрлаш, балансли инфузион ва гематрансфузион терапия ўтказиш, қон йўқотишни камайитириш ва ўрнини тўлдириш ва аутодермопластикада дезинтоксикация ўтказиш илгаригидек долзарбдир. Мақсад. Терининг термик куйиши моделида эрта некрэктомия билан аутодермопластика пайтида Хемобен гемостатик воситани маҳаллий қўллаш орқали даволаш натижаларини яхшилаш. Материал ва услублар. Биз каламушларда иссиқ суюқлик ёрдамида чуқур термик куйишни моделлаштириш методикаси ишлаб чиқдик. Галотан буғи ёрдамида умумий анестезия ўтказилиб стерил шароитда каламуш операцион столда қорни билан фиксация қилинади. Орқа соҳасидан яғридан пастда жун қоплами механик усулда тозаланди. Терида куйиш чақириладиган юзадан яна 0,5 см кенгрок юза тозаланади. Куйиш майдони тахминан туғрибурчак формасида бўлиб орқасини 20% тўғри келиши керак. Ҳайвонни 180-210 г оғирлигида куйиш майдони 10-12 см² ёки тахминан 2,5-3х4 см ташкил қилди. Куйиш шакллантирилгандан сўнг биринчи 3 соат ичида ҳайвонларни оғриқсизлантириш галотаннинг давом этувчи таъсири эвазига эҳтиёж сезилмади. Кейинги кунларда 3 кун мобайнида ҳайвонларнинг ичадиган сувига ипобруфен қўшдик. Куйиш шакллантирилгач 3-чи, 7-чи, 14-чи 21-чи, 30-чи суткаларда куйиш жароҳатлари соҳасидаги ўзгаришларни макро- ва микроскопик картиналар бўйича ўрганилди. Натижалар ва уларнинг



муҳокамаси. Асосий гуруҳдаги ҳайвонларда ҳам операция усули янги қурилма ва қайноқ сувни ишлатиш билан орқа ва яғир соҳаларида терида чуқур некроз шакллантирилганда кейин 3-чи суткада бажарилди. Бу гуруҳдаги каламушларда оператив аралашувнинг фарқи некрозга учраган тери ва тери ости структураларини фасция ва мушакларгача кесиб олингандан сўнг қонни тўхтатиш учун Хемобен гемостатик препаратини қўллаш бўлди. Целлюлоза ҳосиласидан олинган қалинлиги 50 мкмгача бўлган гемостатик плёнка қўлланилган кейин қон кетиши бутунлай тўхтади ва жароҳат юзасига плёнкани ёпишганлиги сабабли ялтироқ тус олган. Терини олиш ва унга ишлов бериш назорат гуруҳи билан бир хил бўлди. Жароҳат дефектини ёпишда тери қийқимини остидаги жароҳатга ёпишиши назорат гуруҳидагига нисбатан анча яхши ёпишганлиги қайд этилди. Операциядан сўнги даврда қўшимча боғлама ва чегараловчи мосламалар қуйилмади. Тери олинган соҳа назорат гуруҳидаги ҳайвонларга ўхшаш донорлик соҳаси тикиб қўйилди. Ҳайвонлар ўтказилган операциядан бир кундан кейин ўртача фаол бўлишиб, оператив аралашув зонасини авайлашга ҳаракат қилишди. 2 сутка мобайнида операцион жароҳати соҳасидаги оғриқни оғриқсизлантириш мақсадида ичадиган сувига ипобруфен қўшилди. Ҳимоя боғламаси қўйилмади. Терининг кўчириб ўтказилган қийқими юмшоқ, қўйилган чоклар ҳолати яхши. Тери трансплантатининг некрози кузатилмади. Донорлик жойи жароҳати ҳам тоза, ифлосланиш белгилари йўқ. Чоклар жароҳат четларини яхши ушлаб турибди. Ҳайвонлар овқатланиб сув ичиб туришибди. 14-куни ҳайвонларнинг экспериментал гуруҳида гистологик текширишлар шуни кўрсатдики, массив дағаллашиш билан тўлиқ эпителизация билан бирга кўплаб коллаген фибробластлари иштирокида ретикуляр, папилляр безларининг тер безлари каналлари билан вакуолизация аниқланган. Гистологик белгилар шундан дарак берадики, 14-чи суткада ауто трансплантат донорлик соҳасига келиб битиш жараёни амалий жиҳатдан тугайди. Трансплантат тегишли қаватларга аниқ бўлиниб интакт терига тўлиқ мос келади, дағаллашиш белгилари аниқланади. Грануляцион тўқима йўқ. Коллаген толалар мос шаклга эга бўлиб, етилган бўлади.

Хулоса. Некрэктомиядан кейин аутодермопластика пайти жароҳатга Хемобен гемостатик препаратини маҳаллий бир маротаба суртиш трансплантатни тезда ёпишиши, тери қийқимини тез ва бутунлай (100 %) битиб кетишини таъминлайди. Бирламчи тангенциал некрэктомиядан сўнг аутодермопластика пайти Хемобен препаратини қўллаш бутунлай гемостазни таъминлайди ва эркин тери қийқимларида яхши реваскуляризацияга олиб келади. Олинган маълумотларга асосан қуйидагича фикр билдириш мумкин, Хемобен гемостатик препаратини қўллаш билан янги ишлаб чиқилган аутодермопластика бажаришдаги технология чуқур қуйишни хирургик даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имконини берди.



**МЕТАБОЛИК ЎЗГАРИШЛАР БИЛАН КЕЧУВЧИ ПОЛИКИСТОЗ
ТУХУМДОНЛАР СИНДРОМИ БОР БЕМОРЛАРДА ГОРМОНАЛ ВА ЛИПИД
КЎРСАТКИЧЛАР**

Д.Б. Асранкулова, Х.Б. Саттаралиева
Андижон давлат тиббиёт институти
Фарғона жамоат саломатлиги институти

Долзарблиги. Яқин ўтмишда “поликистозли тухумдонлар” (ПКТ) атамаси, гонадотроп гормонлар секрециясини гипоталамик тартибга солишнинг бузилиши билан асосланган, репродуктив тизимнинг патологик ҳолати оқибатида келиб чиққан тухумдонлар тузилмасини ва вазифаларини муайян ўзгариши сифатида тушунилган. Ушбу касалликнинг иккита шакли ажратилган: жинсий балоғатга етиш даврида мустақил нозологик шакл сифатида вужудга келадиган бирламчи, ёки ҳақиқий ПКТ (склерокистозли тухумдонлар, Штейн-Левенталь синдроми), ҳамда, адреногенитал синдром, гиперпролактинемия, Иценко-Кушинг синдроми, ва бошқалар каби турли эндокринопатиялардан келиб чиққан иккиламчи ПКТ (ПКТ синдроми, ёки ПКТС).

Материал ва усуллар. ПКТС билан хасталанган аёлларда касалликнинг клиник кечишини ўрганиш мақсадида 2016-2020 йй.да даволанган 49 нафар бемор маълумотларидан фойдаланилган. Бундан беморлардаги антропометрик, инструментал (УТТ) ва лаборатор (гормонал ва липид спектр) ўзгаришлар аниқланган.

Натижалар. Беморларда ЛГ ўртача кўрсаткичи дисменореяда 2,5, альгодисменореяда – 2,46, опсоменореяда – 2,52, аменореяда – 2,55; ФСГ кўрсаткичи дисменореяда – 2,5, альгодисменореяда – 2,46, опсоменорея – 2,52, аменорея – 2,55; ЛГ ва ФСГ нисбати дисменореяда – 3,68, альгодисменореяда – 3,85, опсоменорея – 3,81, аменореяда – 3,65. Прогестерон кўрсаткичи ўрганилганда дисменорея кузатилган беморларда ўртача кўрсаткич 1,89ни ташкил этди, альгодисменореяда – 1,82, опсоменореяда – 1,79, аменореяда – 1,85. Пролактин ўрагилганда ҳам, турли типдаги хайз бузилиши кузатилган беморларда қуйидаги ўртача кўрсаткичлар кузатилди: дисменореяда – 870,8, альгодисменореяда – 678,96, опсоменореяда – 781,95, аменореяда – 776. Шунингдек, бемор аёлларда кортизол миқдори ҳам аҳамиятли деб олинган, унда ҳам турли типдаги хайз бузилишларида аҳамиятли фарқ аниқланмади. Ва аксинча, андроген гормонлар кўрсаткичларида бир оз тафовут кузатиш мумкин (аменореяда уларни кескин ошиши).

Вазнга нисбатан олганда, ЛГ, ФСГ ҳамда прогестерон кўрсаткичлари тана массаси индекси ошиши билан тўғри пропорцияли боғлиқликка эга. Пролактин, кортизол, DGEA-S ва антимюллер гормони кўрсаткичларида тана массаси индекси билан боғлиқлик кузатилмади.

Лептин ўртача кўрсаткичи барча турдаги хайз бузилишларида нисбатан ошган. Умумий холестерин кўрсаткичи аменорея кузатилган беморларда ўртача 6,21 ташкил этган, бироқ ЮЗЛП ва ПЗЛП, ҳамда триглицеридлар кўрсаткичлари барча турдаги хайз бузилишларида нисбатан бир хилда бўлган.

Хулоса. Лаборатор текширувлар давомида метаболизм ўзгаришларини белгиловчи кўрсаткичларни тана массаси индекси билан тўғри, ЛГ, ФСГ ва ГлкТБ



тескари пропорцияга эгаллиги аниқланди. Умумий холестерин кўрсаткичи иккала гуруҳда ҳам амнореяда энг юқорилиги аниқланиб, атерогеник индекс, ЛГ/ФСГ, АМГ ва ГлкТБ кўрсаткичларини даволаш натижалари сифатида олиш мумкинлиги аниқланди.

ДТБ БИЛАН ДАВОЛАНАЁТГАН БЕМОРЛАРНИ РЕМИССИЯГА ТУШИШИДАГИ ОҚИБАТЛАРГА ЖАВОБ ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИК ТАХЛИЛИЙ НАТИЖАЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Юсупова Ш.К., Ботирова Д.Р., Хамидов Ф.Ш.
Андижанский Государственный медицинский институт

Муаммонинг долзарблиги. Тиреотоксикознинг оғирлик даражалари бўйича беморлар тиреостатиклар фонида даволанаётганлигига қарамасдан айримлари ремиссиядан чиқиб кетади. Ваҳоланки тиреотоксикоз қайталанади. Буларга дори препаратлари қор қилмайди балки препарат дозаларни ошириш керак бўлади. Эндокринолог ва хирурглар ичида ушбу муаммо ҳозиргача долзарб ҳисобланади ва барчасини муҳокамага чақиришга шак-шубҳасиз сабаб бўлса керак.

Мақсад. Тиреостатиклар фонида даволанаётган беморларни ремиссиядан чиқишни олдини олишни замонавий диагностик индивидуал ёндашувлар ёрдамида натижаларни яхшилаш.

Материал ва текшириш усуллари. ДТБ-ни оғирлик даражалари билан АДТИ Эндокринология бўлимига мурожаат қилган ва сўнггида даволанган 253 нафар бемордан 67 (26,5%) нафари 15-20 кун, 84 (33,2%) нафари 45-50 кун ва 82 (32,4%) нафари 90-120 кун давомида жами 233 нафари (92,1%) ремиссия ҳолатига ўтган. Қолган 20 (7,9%) нафар беморда ремиссияга ўтиш тиреотоксикознинг оғирлик даражаларига қараб кечикиб борган. Тиреотоксикоз енгил даражаси билан 76 нафар беморни 28 нафари 1 ой ичида, 21 нафари 3 ой ичида, 27 нафари 6 ой ичида ремиссияга тушган. Шунингдек, тиреотоксикоз ўрта оғир даражаси 89 нафар беморни 24 нафари 1 ой ичида, 28 нафари 3 ой ичида, 37 нафари 6 ой ичида ремиссияга тушган. Тиреотоксикоз оғир даражаси билан даволанган 88 нафар беморни 23 нафари эса 1 ой ичида, 32 нафари 3 ой ичида, 33 нафари 6 ой ичида ремиссияга тушган. Текширув натижаларини солиштириш мақсадида тўлиқ консерватив муолажалар билан даволанаётган 157 нафар беморда 1-гуруҳ деб олинди. Жарроҳлик амалиётини ўтказган 96 нафар беморлар 2-гуруҳ деб олинди. Беморларнинг ёши бўйича кузатганимизда энг кичик ёш 15 ёш, энг катта ёш 67 ёш, ўртача ёш 40 ёшга тўғри келган.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: 2-гуруҳдан иборат бўлган 96 нафар беморларга ремиссиядан чиққанлиги учун операцияга кўрсатма берилди ва жарроҳлик амалиёти бажарилди. Тиреотоксикознинг енгил даражаси билан даволанаётган беморларнинг субъектив текширувида puls-лар сони соғлом гуруҳга (СГ) нисбатан кўрсаткичи $95,36 \pm 1,03$ -га кўтарилганлиги ва ишончли $p < 0,001$ -га фарқи катталиги сезилди. СГ-га ва тиреотоксикозни енгил даражасидаги беморларга нисбатан ўрта оғир даражадаги беморларни puls зарбаси солиштирилганда $116,09 \pm 1,06$ -га баландлиги ва $p < 0,001$ -га ишончлик катталиги қайд этилди. СГ-га ва

тиреотоксикозни энгил ва ўрта оғир даражадаги беморларни puls зарбаси оғир даражадаги беморларни puls зарбасига солиштирилганда $124,61 \pm 0,75$ -га кўтарилган ва $p < 0,001$ -га ишончлик катталиги аниқланди. Тиреотоксикознинг энгил даражаси билан беморларни холестерин миқдори СГ-га нисбатан кўрсаткичи $2,87 \pm 0,06$ -га пасайган ва ишончли $p > 0,001$ -га катта фарқи бор. СГ-ни холестерин кўрсаткичидан тиреотоксикозни ўрта оғир даражасидаги холестерин кўрсаткичи $1,59 \pm 0,06$ -га пасайган ва $p > 0,001$ -га ишончли катта фарқ қилган. СГ-га нисбатан оғир босқичдаги холестерин кўрсаткичини солиштирганда $1,42 \pm 0,051$ -га пасайиб кетганлиги ва $p > 0,001$ -га ишончли катта фарқ қилган. Оғирлик даражалари бўйича ҳам бир бири билан қиёслаб солиштирганда $p < 0,001$ -га ҳаммасида ишончли пасайиш бор. Радиоиммунологик текширишлардан СГ-га нисбатан тиреотоксикознинг энгил даражасини солиштирганда Т3 титри $2,99 \pm 0,05$ -га ($p < 0,001$), тиреотоксикознинг ўрта оғир даражасини солиштирганда Т3 титри $3,49 \pm 0,05$ -га ($p < 0,001$), тиреотоксикознинг оғир даражасини солиштирганда эса Т3 титри $3,63 \pm 0,04$ -га ($p < 0,001$) ишончли кўтарилган. Оғирлик даражаларини бир бири билан солиштирганда ҳам ишончли $p < 0,001$ га фарқ қилди. СГ-га нисбатан тиреотоксикознинг энгил даражасини солиштирганда Т4 титри $187,52 \pm 3,48$ -га ($p < 0,001$), тиреотоксикознинг ўрта оғир даражасини солиштирганда Т4 титри $218,82 \pm 4,69$ ($p < 0,001$), тиреотоксикознинг оғир даражасини солиштирганда эса Т4 титри $231,54 \pm 5,63$ -га ($p < 0,001$) ишончли кўтарилган. Оғирлик даражаларини бир бири билан солиштирганда ҳам ишончли $p < 0,001$ га фарқ қилди. Тиреотоксикознинг энгил даражасида ТПО-антителаси титри СГ нисбатан $358,0 \pm 55,6$ -га ($p < 0,001$) 11 баробарга ишончли кўтарилган. Тиреотоксикознинг ўрта оғир даражасини солиштирганда ТПО-антителаси титри $399,11 \pm 61,17$ -га ($p < 0,001$) 12 баробарга, тиреотоксикознинг оғир даражасини солиштирганда эса ТПО-антителаси титри $363,34 \pm 47,85$ -га ($p < 0,001$) ишончли кўтарилган, СГ-га нисбатан тиреотоксикоз энгил меъёрни юқори чегарасидан кўтарилиб кетмаган. Оғирлик даражаларини бир бири билан солиштирганда деярли фарқ қилмади. СГ-га нисбатан тиреотоксикознинг энгил даражасини солиштирганда Тg-антитела титри $155,87 \pm 40,17$ -га ($p < 0,05$), тиреотоксикознинг ўрта оғир даражасини солиштирганда Тg-антитела титри $105,50 \pm 15,52$ -га ($p < 0,02$), тиреотоксикознинг оғир даражасини солиштирганда эса Тg-антитела титри $151,66 \pm 23,75$ -га ($p < 0,002$) ишончли кўтарилган. Оғирлик даражаларини бир бири билан солиштирганда ҳам ишончли $p < 0,05$ га фарқ қилди.

Бундан хулоса қилиш мумкинки, жарроҳлик амалиёти аралашган ДТБ беморларни радиоиммунологик текширувлари: Т3, Т4, ТРО-аутоантителаси ва Тg-аутоантителаси титрлари СГ кўрсаткичлари титрларидан кескин баланд бўлган. ТРО-аутоантителасини титри кескин ўта юқори бўлиши, рецидивни чақириши тўғрисида маълумотлар мавжуд. Шундай бўлсада ТРО-аутоантитела титрини қўзғалиши ремиссиядан қайтаришга сабаб бўлган бўлиши ҳам мумкин. Демак, қалқонсимон без функционал фаолиятини кўтарилишида ДТБ даражаларининг катталашуви ёки тиреотоксикознинг оғирлик даражаларига боғлиқ эмаслиги бўлди. Чунки фақат жарроҳлик амалиёти аралашган ДТБ беморларда ТРО-аутоантителасини титри нафақат меъёр чегарасидан баланд, балки ўта юқори титр кўрсаткичларида баланд бўлганлигидир.



ТИРЕОТОКСИКОЗНИНГ РЕМИССИЯДАН ЧИҚМАСДАН ДАВОЛАНИШИНИ ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИК ТАХЛИЛИЙ НАТИЖАЛАРИ

**Юсупова Ш.К., Мамасолиев Н.С., Ботирова Д.Р., Хамидов Ф.Ш.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Муаммонинг долзарблиги. Тиреотоксикознинг оғирлик даражалари бўйича тиреостатиклар фонида даволанаётган айрим беморлар 1, 3 ва 6 ой ичида ремиссияга тушиб, эутиреоз ёки гипотиреоз ҳолатига стабил ўтади. Ваҳоланки бошқа беморлар ремиссиядан чиқиб тиреотоксикоз қайталанади. Бунинг оқибатлари ҳар бир эндокринолог ва хирурглар учун қизиқиш уйғотса керак. Сабаби шифокорга ДТБ билан кеч ёки вақтида мурожаат қилганлигидамикин. Бундай сабабларни ўрганиш бутун дунё эндокринолог ва хирурглари орасида долзарблигича қолади.

Мақсад. Тиреостатиклар фонида даволанаётган беморларни ремиссиядан чиқишни олдини олишни замонавий диагностик индивидуал ёндашувлар ёрдамида натижаларни яхшилаш.

Материал ва текшириш усуллари. ДТБ-ни оғирлик даражалари билан АДТИ Эндокринология бўлимига мурожаат қилган ва сўнггида даволанган 253 нафар бемордан 67 (26,5%) нафари 15-20 кун, 84 (33,2%) нафари 45-50 кун ва 82 (32,4%) нафари 90-120 кун давомида жами 233 нафари (92,1%) ремиссия ҳолатига ўтган. Қолган 20 (7,9%) нафар беморда ремиссияга ўтиш тиреотоксикознинг оғирлик даражаларига қараб кечикиб борган. Тиреотоксикоз енгил даражаси билан 76 нафар беморни 28 нафари 1 ой ичида, 21 нафари 3 ой ичида, 27 нафари 6 ой ичида ремиссияга тушган. Шунингдек, тиреотоксикоз ўрта оғир даражаси 89 нафар беморни 24 нафари 1 ой ичида, 28 нафари 3 ой ичида, 37 нафари 6 ой ичида ремиссияга тушган. Тиреотоксикоз оғир даражаси билан даволанган 88 нафар беморни 23 нафари эса 1 ой ичида, 32 нафари 3 ой ичида, 33 нафари 6 ой ичида ремиссияга тушган. Текширув натижаларини солиштириш мақсадида тўлиқ консерватив муолажалар билан даволанаётган 157 нафар беморда 1-гуруҳ деб олинди. Жарроҳлик амалиётини ўтказган 96 нафар беморлар 2-гуруҳ деб олинди. Беморларнинг ёши бўйича кузатганимизда энг кичик ёш 15 ёш, энг катта ёш 67 ёш, ўртача ёш 40 ёшга тўғри келган.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: 1-гуруҳдан иборат бўлган 157 нафар беморларга тўлиқ консерватив даволанишга кўрсатма берилди ва бу беморларни кўпчилиги стойкий эутиреозга ўтказилди, қолганлари гипотиреозга ҳам ўтиб улгурди. Тиреотоксикознинг енгил даражаси билан даволанаётган беморларнинг субъектив текширувида puls-лар сони соғлом гуруҳга (СГ) нисбатан кўрсаткичи $96,01 \pm 0,70$ -га кўтарилганлиги ва ишончли $p < 0,001$ -га фарқи катталиги сезилди. СГ-га ва тиреотоксикозни енгил даражасидаги беморларга нисбатан ўрта оғир даражадаги беморларни puls зарбаси солиштирилганда $113,63 \pm 1,02$ -га баландлиги ва $p < 0,001$ -га ишончлик катталиги қайд этилди. СГ-га ва тиреотоксикозни енгил ва ўрта оғир даражадаги беморларни puls зарбаси оғир даражадаги беморларни puls зарбасига солиштирилганда $124,61 \pm 0,75$ -га кўтарилган ва $p < 0,001$ -га ишончлик катталиги аниқланди.



Тиреотоксикознинг энгил даражаси билан беморларни холестерин миқдори СГ-га нисбатан кўрсаткичи $2,85 \pm 0,05$ -га пасайган ва ишончли $p > 0,001$ -га катта фарқи бор. СГ-ни холестерин кўрсаткичидан тиреотоксикозни ўрта оғир даражасидаги холестерин кўрсаткичи $1,68 \pm 0,06$ -га пасайган ва $p > 0,001$ -га ишончли катта фарқ қилган. СГ-га нисбатан оғир босқичдаги холестерин кўрсаткичини солиштирганда $1,50 \pm 0,05$ -га пасайиб кетганлиги ва $p > 0,001$ -га ишончли катта фарқ қилган. Оғирлик даражалари бўйича ҳам бир бири билан қиёслаб солиштирганда $p < 0,001$ -га ҳаммасида ишончли катталиқ бор.

Радиоиммунологик текширишлардан СГ-га нисбатан тиреотоксикознинг энгил даражасини солиштирганда Т3 титри $3,14 \pm 0,03$ -га ($p < 0,001$), тиреотоксикознинг ўрта оғир даражасини солиштирганда Т3 титри $3,44 \pm 0,04$ -га ($p < 0,001$), тиреотоксикознинг оғир даражасини солиштирганда эса Т3 титри $3,53 \pm 0,04$ -га ($p < 0,001$) ишончли кўтарилган. Оғирлик даражаларини бир бири билан солиштирганда ҳам ишончли $p < 0,001$ га фарқ қилди.

СГ-га нисбатан тиреотоксикознинг энгил даражасини солиштирганда Т4 титри $187,21 \pm 2,26$ -га ($p < 0,001$), тиреотоксикознинг ўрта оғир даражасини солиштирганда Т4 титри $218,23 \pm 2,97$ -га ($p < 0,001$), тиреотоксикознинг оғир даражасини солиштирганда эса Т4 титри $225,88 \pm 4,01$ -га ($p < 0,001$) ишончли кўтарилган. Оғирлик даражаларини бир бири билан солиштирганда ҳам ишончли $p < 0,001$ га фарқ қилди.

Тиреотоксикознинг энгил даражасида ТПО-антителаси титри СГ нисбатан $65,38 \pm 31,88$ -га ($p < 0,001$) 2 баробарга ишончли кўтарилган. Тиреотоксикознинг ўрта оғир даражасини солиштирганда ТПО-антителаси титри $75,14 \pm 8,91$ -га ($p < 0,001$), тиреотоксикознинг оғир даражасини солиштирганда эса ТПО-антителаси титри $65,87 \pm 24,63$ -га ($p < 0,001$) ишончли кўтарилсада, лекин барчаси СГ-га нисбатан меъёрни юқори чегарасидан кўтарилиб кетмаган. Оғирлик даражаларини бир бири билан солиштирганда деярли фарқ қилмади. СГ-га нисбатан тиреотоксикознинг энгил даражасини солиштирганда Тg-антитела титри $163,16 \pm 43,93$ -га ($p < 0,05$), тиреотоксикознинг ўрта оғир даражасини солиштирганда Тg-антитела титри $190,22 \pm 40,37$ -га ($p < 0,01$), тиреотоксикознинг оғир даражасини солиштирганда эса Тg-антитела титри $124,81 \pm 26,56$ -га ($p < 0,05$) ишончли кўтарилган. Оғирлик даражаларини бир бири билан солиштирганда ҳам ишончли $p < 0,05$ га фарқ қилди.

Бундан хулоса қилиш мумкинки, консерватив даволанаётган ДТБ беморларни радиоиммунологик текширувлар: Т3, Т4, ТРО-аутоантителаси ва Тg-аутоантителаси титрлари СГ кўрсаткичларини титрларидан қисман баланд бўлсада, лекин меъёрий кўрсаткичлар титр сатхидан патологик кўтарилмаганлиги аён бўлди. Бу шуни кўрсатдики, қалқонсимон безнинг функционал фаолиятини кўтармасдан ремиссия даврида ушлаб турилиши ТРО-аутоантителаси титрини паст эканлиги деб билинди. Демак, қалқонсимон без функционал фаолиятини кўтарилиши хисобига ремиссиядан

АДЕКВАТНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ .

**Абдукахарова С.К., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Курбонова Р.Р.
Андижанский государственный медицинский институт, АФ РНЦЭМП**

Актуальность темы. Неинфекционные заболевания (НИЗ), включающие болезни сердца, инсульт, рак, диабет и хронические заболевания легких, в совокупности являются причиной 74% смертей во всем мире. Почти три четверти всех смертей в результате НИЗ и 86% случаев преждевременной смерти 17 млн человек в возрасте до 70 лет приходится на страны с низким или средним уровнем дохода. Для такого заключения имеются доказательные научные факторы в современных исследованиях: в странах с низким и средним уровнем дохода и почти у половины людей среднего возраста отмечается физическая мультиморбидность (ФМБ). Около 25% из них имеют по меньшей мере три хронических заболеваний одновременно, около 10% - 4 и более, ФМБ связана с более низким качеством жизни, увеличением затрат на медицинское обслуживание и в конечном счёте, повышенным риском преждевременной смертности. ФМБ существенно повышается с возрастом с 10 % среди 19 летних до 80% у лиц 80 лет и старше. В ежедневной практике семейного врача распространённость ФМБ составляет 69% у больных молодого возраста 93% среди лиц средних лет, 98% у пациентов старшей возрастной группы. При этом среднее число НИЗ у молодых 2.8 у стариков - 6.4. Цель настоящего исследования. Изучение частоты встречаемости, особенностей профилактики и разработки адекватных путей лечения физической мультиморбидности у беременных. Задачи исследования. Изучение частоты встречаемости физической мультиморбидности, распространённости общих факторов риска физической мультиморбидности в популяции беременных женщин Ферганской долины. Изучение эпидемиологической характеристики общих факторов риска в группах беременных- женщин с разным уровнем индекса физической мультиморбидности. Материал и методы. Объектом исследования будут беременные женщины, наблюдающиеся в перинатальном центре, в родильных комплексах и поликлиниках в течение 2019-2021 гг. Из списка беременных женщин г. Андижана сформирована 10% - ная репрезентативная выборка в количестве 1500 человек. Выбранные для эпидемиологического исследования беременные женщины- будут обследованы с применением опросных, биохимических, клинических, акушер- гинекологических и инструментальных методов исследования.

Результаты. Изучена частота распространённости физической мультиморбидности в популяции беременных женщин, проживающих в условиях Ферганской долины Узбекистана. В эпидемиологическом исследовании определена распространённость общих факторов риска физической мультиморбидности у беременных. Изучены и определены региональные эпидемиологические характеристики общих факторов риска в группах популяции беременных женщин с разным уровнем индекса физической мультиморбидности.

Вывод. Распространение НИЗ обусловлено прежде всего пятью основными факторами риска: употреблением табака, вредным употреблением алкоголя, недостаточной физической активностью, нездоровым питанием и загрязнением

воздуха, а также ограниченной доступностью услуг по диагностике, лечению НИЗ и уходу за лицами, уже страдающими этими заболеваниями. Эпидемия НИЗ чревата разрушительными последствиями для здоровья отдельных людей, семей и местных сообществ и грозит создать непосильную нагрузку для систем здравоохранения. Связанные с НИЗ социально-экономические издержки настолько велики, что профилактика этих заболеваний и борьба с ними стала одной из важнейших задач развития в XXI веке.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдуллаев А.Х., Маткомиллов Ж.А., Арипов Б.С.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан; Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) является одной из лидирующих причин смерти в мире и основная категория больных – это лица трудоспособного возраста. Всё чаще можно встретить больных с сочетанием сахарный диабет 2-го типа (СД2) и ХОБЛ, отягощающих течение друг друга. Большое внимание в лечении ХОБЛ и коморбидных состояний уделяется программам реабилитации и улучшения качества жизни [1, 2]. Стратегия и тактика ведения больного с ХОБЛ определяется клинической ситуацией, включающей многочисленные факторы, учет которых необходим для рационального ведения больного и предусматривает использование как медикаментозных, так и немедикаментозных методов [2, 3]. Нефармакологическое воздействие включает снижение влияния факторов риска и образовательные программы. Цель исследования – оценка эффективности терапии и ранней реабилитации больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) с коморбидной патологией. Материал и методы исследования. В исследование включили больных ХОБЛ II-III стадии в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД2) (средний возраст $51,0 \pm 3,69$ года), получавших стандартную базисную терапию по основному и сопутствующему заболеванию, также занимались дыхательными упражнениями, получали массаж на грудную клетку, синусоидальный модулированный импульсный ток (СМТ) (аппарат Амплипульс 4 на проекцию корней лёгких. Род работы II-III, глубина модуляции 75 %, частота 100 Гц, по 5 минут на каждый род работы, ежедневно, 8 процедур), акупунктуру на традиционные точки. Пациенты I-й основной группы (15), в отличие от таковых контрольной II-й (15), дополнительно бальзам на основе лекарственных растений по 5-10 мл за 5 мин до еды 2 раза в день, 15 дней. Исходно и в конце лечения изучали состояние психоэмоционального статуса, содержание, показатели С-реактивного белка (СРБ), ферментов аланин- и аспартатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общего билирубина (ОБ), гликированного

гемоглобина, иммуноглобулинов А, М, G, общий анализ крови и мочи, морфофункциональную характеристику тромбоцитов (по Наджимитдинову С.Т.), функцию внешнего дыхания (ФВД) при помощи компьютерной спирографии (ОФВ1, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), индекс Тиффно (ИТ), скоростные показатели, пиковая объемная скорость выдоха (ПОС), минутная объемная скорость выдоха на уровне мелких бронхов (МОС 25), минутная объемная скорость выдоха на уровне средних бронхов (МОС 50), минутная объемная скорость выдоха на уровне крупных бронхов (МОС 75), а также показатели теста шестиминутной ходьбы. С помощью анкетирования, психологического тестирования (опросник Спилберга-Ханина, тесты «Память на числа») оценивали объем и концентрацию внимания исходно и на 15-й день лечения и реабилитации. Результаты исследования. Включение в комплексную программу восстановительного лечения СМТ и бальзама способствовало более раннему улучшению состояния пациентов. Наряду с выраженной регрессией субъективной симптоматики, отмечено увеличение как объемных, так и скоростных показателей ФВД, свидетельствующих об увеличении бронхиальной проходимости. Выявлено достоверное снижение количества фибриногена, тромбинового времени и улучшение показателя активированного частичного тромбинового времени. СМТ и бальзам способствовали увеличению содержания относительного и абсолютного количества общих Т-лимфоцитов, Т-активных лимфоцитов. При этом уменьшилось содержание глюкозы в крови (с $9,3 \pm 0,34$ до лечения до $7,1 \pm 1,50$ г/л после лечения) и, соответственно, гликированного гемоглобина (с $9,7 \pm 0,32$ до $7,09 \pm 0,45\%$) ($p < 0,05$). Исходно личностная тревожность (ЛТ) была умеренной у 10 больных, после лечения у 8 больных снизилась. В динамике лечения выявлено снижение ЛТ до умеренных у 7 больных, с тенденцией к снижению у остальных. Реактивная тревожность (РТ) из 12 пациентов с исходно повышенными показателями снизилась у 3, у остальных 9 отмечалась тенденция к снижению этого показателя. У 6 больных наблюдалось повышение показателей памяти на 1 балл. Улучшились показатели концентрации внимания. Общая сумма баллов оценки клинического статуса при применении СМТ снизилась с $10,6 \pm 0,18$ до $2,83 \pm 0,11$ баллов ($p < 0,001$), в группе контроля - с $10,9 \pm 0,20$ до $4,9 \pm 0,11$ баллов ($p < 0,001$).

Выявлена положительная динамика функционального состояния тромбоцитов и скоростных показателей функции внешнего дыхания (ОФВ1, ПОС выд, Мос 25, Мос 75) теста Тиффно (ОФВ1/ЖЕЛ) у больных ХОБЛ с обструктивными изменениями на уровне мелких и средних бронхов после курса комплексного лечения по сравнению с данными, полученными до лечения ($P < 0,05$). Степень тромбоцитарной активности была более выраженной при более тяжёлом течении ХОБЛ, протекающей с легочной гипертензией. Системное воспаление при ХОБЛ способствует метаболическому дисбалансу в организме, развитию резистентности к инсулину и СД2, что свидетельствует о существенной роли ХОБЛ в патогенезе СД2. При СД2 стимулируется также секреция провоспалительных цитокинов, развивается оксидативный стресс и эндотелиальная дисфункция, которые поддерживают персистирующее воспаление в респираторном тракте и способствуют прогрессированию ХОБЛ и СД2 и развитию осложнений. Развивается отягощённое взаимное влияние ХОБЛ и СД2. Знание этиопатогенетических аспектов коморбидной

патологии позволит персонализированно подходить к лечению больных ХОБЛ и СД2. Это обуславливает необходимость использования для лечения ХОБЛ наряду с традиционной терапией препаратов, способных оказывать влияние, как на сам процесс воспаления, так и на систему защиты организма. Бальзам на основе лекарственных растений, обладающий иммуностимулирующим, противовоспалительным, спазмолитическим, адаптогенным действием и повышающий реактивность и сопротивляемость организма, к вредным воздействиям внешней среды и инфекциям оказывает неспецифическое общестимулирующее влияние на организм. При этом способствует усвоению глюкозы клетками, нормализует функционирование нервной системы, улучшает состояние капилляров. У больных основной группы кашель ($p \leq 0,05$), одышка экспираторного типа ($p \leq 0,05$) оказались достоверно меньше, чем у пациентов II группы, принимавших только стандартную терапию. У этих пациентов также значительно повысились толерантность к физическим нагрузкам и показатели теста шестиминутной ходьбы. Этот эффект объясняется влиянием использованного комплекса на ключевые патофизиологические процессы, протекающие в организме больных ХОБЛ. Показатели лейкоцитов крови и СОЭ имели тенденцию к уменьшению в конце лечения при неизменённых показателях эритроцитов и гемоглобина у больных обеих групп. Содержания ОБ, АЛТ и АСТ в динамике лечения сохранялись в пределах нормы в обеих группах. При этом иммуноглобулины в процессе наблюдений имели положительную и благоприятную динамику. В диагностике ХОБЛ в сочетании с СД2 следует учитывать следующие клинические особенности: более выраженные дыхательная недостаточность и хроническое легочное сердце, частые обострения, преобладание фенотипа с частыми обострениями.

Выводы. Комплексный подход к лечению и реабилитации оказал более благоприятно влияние на клиническое течение, иммунологические, биохимические показатели, тромбоцитогамму и данные тестов больных ХОБЛ в сочетании с СД2 в сравнении с традиционным подходом, что значительно повышает качество жизни этой категории пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ БИФОЛАК-НЕО И БИФОЛАК-АКТИВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЕЙ

Абдуллаев Д.Б.

Андижанский государственный медицинский институт Цель. Повышение иммунитета у детей с инфекциями дыхательных путей (ОРП) и аллергией.

Материалы и методы. Изучено 32 больных острыми респираторными инфекциями (от 6 мес до 3 лет) с аллергией и респираторными заболеваниями (ОРЗ), получавших иммунокорректирующую терапию препаратами Бифолак-Нео и Бифолак-Актив. В динамике изучали температуру, респираторно-катаральные симптомы (РКС), симптомы интоксикации (СИ) (вялость, сонливость, снижение аппетита, утомляемость, головная боль). Бифолак-Нео и Бифолак-Актив энтерально в зависимости от возраста применяли курсами по основной схеме. Результаты. Проведение одного курса Бифолак-Нео и Бифолак-Актив при аллергии и ОРВИ в

период ремиссии выявило снижение температуры до субфебрильной температуры при отсутствии функции органов пищеварения и лихорадочном состоянии. Значимого улучшения аппетита, физической и психической нормализации не произошло, но степень их выраженности значительно улучшилась. За этот период СИ и РКС снизились. Этот метод позволил в достаточной степени уменьшить проявления аллергии и ОРЗ, снизить температуру до уровня контроля, устранить СИ и повысить механизмы адаптации. В разгар заболевания наблюдалось тенденция к уменьшению содержания иммуноглобулинов всех 3-х классов: IgG до $8,046 \pm 0,218$ при норме $8,2571 \pm 0,393$ г/л и до $9,1853 \pm 0,4034$ при норме $9,3625 \pm 0,4646$. IgA – до $0,6962 \pm 0,0537$ при норме $0,7133 \pm 0,0477$ и до $0,8023 \pm 0,0485$ при норме $0,8362 \pm 0,0395$ г/л. IgM – до при норме $0,0645 \pm 0,403$ и до $0,8876 \pm 0,491$ при норме $0,9143 \pm 0,0468$ г/л.

Выводы. В период аллергии и ОРЗ включение Бифолак-Нео и Бифолак-Актив в комплексное лечение ОРЗ сопровождалось явной клинической эффективностью как средства неспецифической профилактики и повышения иммунобиологической резистентности организма.

РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В СТАНДАРТЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.

**Абдуллаев Д.Д. , Ашуров И.С. Мирзаматов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП.**

Нейросонография является одним из важных вспомогательных методов в тактики лечение тяжелой ЧМТ. Впервые нейросонографию применил в 1978г. М.Н.Reid для нейрохирургической навигации. Преимуществом нейросонографии являются простота, доступность и сравнительная низкая стоимость исследования. Метод позволяет снизить травматичность открытого оперативного вмешательства, оптимизировать его планирование и проведение, уменьшить риск воздействия на важные анатомические и функциональные структуры во время операции. Актуальность нейросонографии резко повышается в условиях отсутствия КТ и МРТ исследование головного мозга. Нами ФФРНЦЭМП нейросонографию применяли у детей в возрасте до одного года у 45 больных, и у взрослых в интраоперационном и послеоперационном периоде у 76 больных, для уточнения локализации гематом. У детей в возрасте до одного года нейросонография произведена через открытый большой родничок и транскраниально через височные кости для диагностики внутричерепных гематом. Целью нейросонографии головного мозга через трепанационное окно у послеоперационных больных являлось исключение рецидива гематом и оценка состояния головного мозга. Таким образом, нейросонография является общедоступным и ценным методом в практической нейрохирургии. Применение нейросонографии в стандарте обследования больных при отсутствии КТ и МРТ исследований, многократно повышает ценность метода. Доступность и мобильность метода позволяет исследовать тяжелых послеоперационных больных на месте. В связи с этим выходит, что каждый невропатолог и нейрохирург должен владеть техникой выполнения нейросонографии и нужно ввести метод в стандарты диагностики внутричерепных кровоизлияний.

ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА

Абдуллаев Д.Д., Б.К., Махмудов Н.И., Игамназаров Ж.Ж.

**Ферганский филиал РНЦЭМП Цель исследования: изучить эффективность ПВП
при травмах и патологических переломах позвоночника.**

Материалы и методы: с 2019 по 2023 г в Ферганском филиале РНЦЭМП и частной клинике Авиценна проведено 38 вертебропластик и 32 больных. Из них гемангиомами 18(56%) больных, остеопорозом 10(31%) больных, с травмой позвоночника 4(13%) больных. Из них женщин - 23(72 %), мужчин - 9(28%). Средний возраст больных составил 61 года (от 36 до 78 лет). Всем больным проведены МРТ и МСКТ исследования. У всех 32 больных до операции отмечался стойкий болевой синдром. Проведена оценка болевого синдрома по шкале ВАШ. Вмешательства проводили на Th8-L5 уровнях. В грудном отделе выполнена ПВП - 9 позвонков, в поясничном - 23, в грудном и поясничном отделах - 6. Для проведения игл использовали транспедункулярный доступ. Пункцию тел позвонков выполняли под флюороскопическим. При введении костного цемента использовали системы PCD фирмы «Страйкер» с добавлением контрастирующих веществ (порошков сульфата бария). Результаты лечения: Эффективность ПВП при патологических неосложненных переломах вследствие системного остеопороза исключительно высока. Так, у 28 (87 %) больных болевой синдром регрессировал полностью. Четверо пациентов (13 %) в течение недели после операции получали симптоматическую терапию в виде приема ненаркотических анальгетиков, НПВП и в последующем не требовали какой-либо медицинской помощи. Осложнений во время процедур не отмечано.

Выводы: Пункционная цементная вертебропластика является достаточно быстрым, безопасным эффективным методом для компрессионных переломов и патологических переломах на фоне гемангиом, остеопороза стойким выраженным болевым синдромом. Метод вертебропластики является малоинвазивным методом и позволяет выполнять вмешательство одновременно на нескольких уровнях в условиях локальной анестезии, что позволяет сократить время пребывания больного в стационаре.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ В НАШЕМ РЕГИОНЕ.

Абдуллаева М.Н., д.м.н. профессор Мухитдинова Т.К.

**Андижанский Государственный Медицинский Институт Магистрант 3 – курса
кафедры акушерства и гинекологии №2 г..**

Актуальность проблемы: Проблема акушерских кровотечений является острой и актуальной, так как сопряжена с высокими показателями материнской смертности. Каждый год около 585000 женщин умирает от причин, связанных с беременностью и

родами, акушерские кровотечения составляют 27% материнской смертности в мире, по данным Всемирной Организации Здравоохранения. При этом они связаны с гипотонией матки в последовом и послеродовом периоде. Цель работы: Прогнозирование и изучение причин приводящих к гипотоническим кровотечениям в послеродовом периоде. Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 16 женщин с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде, родивших в 2 роддоме г. Андижан с сентября 2023 по март 2024го года. В контрольную группу с низким риском гипотонических кровотечений входило 10 женщин. Результаты исследования: Среди наблюдавшихся женщин с гипотоническим кровотечением составили: первородящие 4 (25%), повторнородящие 12 (75%). Из них роды с крупным плодом более 4200гр у 10 женщин (62,5%), вагинальные роды с рубцом на матке у 2 родильниц (12,5%), больше четырех родов в анамнезе 2 женщины (12,5%). Роды проходили через естественные родовые пути, с целью профилактики кровотечения проводилось активное ведение 3 периода. Всем женщинам были проведены мероприятия по остановке гипотонических кровотечений согласно протоколу.

Несмотря на проведение мероприятий 2 женщинам (12,5%) с гипотоническим кровотечением произведена лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки. В контрольной группе с низким риском гипотонических кровотечений первородящая 1 женщина (25%), повторнородящие 3 женщины (75%) у 8 женщин (80%) роды прошли без осложнений, только у 2 родильниц (20%) было гипотоническое кровотечение. Выводы. В группу риска гипотонических кровотечений входят женщины со следующими причинами: Крупный плод, многоводие, многоплодие, длительные болезненные роды, слабость родовой деятельности, быстрые стремительные роды, ЭГЗ, рубец на матке, предлежание или низкое расположение плаценты. Для прогнозирования и профилактики гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде необходимо выявить группы риска и вести роды согласно протоколу.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРБЕТОЦИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РОДАХ.

Абдуллаева М.Н., д.м.н. профессор Мухитдинова Т.К.

**Андижанский Государственный Медицинский Институт Магистрант 3 – курса
кафедры акушерства и гинекологии №2 г.**

Актуальность проблемы: В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской летальности они составляют 20-25% (Репина М.А. 1996, Hebert W.N. Cepalo R.C. 1998). В нашей республике, где рождаемость всё ещё остаётся высокой, среди причин материнской смертности гипотонические кровотечения занимают лидирующее место. Не смотря на разработку групп высокого риска развития кровотечения и применения достаточного арсенала для профилактики и лечения окситоцическими средствами, все же существует необходимость применения более совершенных окситоцических веществ длительного и эффективного действия. В последнее время стали применять



препарат агонист длительного действия. В послеродовой матке как считается карбетоцин увеличивает скорость и силу спонтанных маточных сокращений в течении нескольких часов. Показания для применения карбетоцина – предупреждение атонии матки, у рожениц с повышенным риском послеродового кровотечения при оперативном разрешении и родов через естественные родовые пути. Цель работы: Изучить эффективность карбетоцина в профилактике и лечении гипотонических кровотечений, при осложнении беременности и родов. Материалы и методы исследования. Для изучения эффективности карбетоцина в предупреждении атонии матки после извлечения ребенка при естественном и оперативном родоразрешении нами обследовано 25 рожениц с высоким риском послеродового кровотечения (крупный плод, двойня, тяжелая преэклампсия, эклампсия, острая отслойка плаценты, острое многоводие, затяжные роды с наложением инфицирования, отслойка плаценты при боковом ее предлежании и т.д.). Результаты исследования: С целью выяснения эффективности карбетоцина для профилактики кровотечения вводили только один раз в/в или в/м, только при рождении ребенка. В последнее время, также для профилактики послеродового кровотечения в третий период родов вели активно и с применением окситацина 10 ЕД в/м после рождения предлежащей части. Но применение карбетоцина в наших исследованиях показали, что из 25 рожениц, кровотечения компенсаторное (~600мл) отмечалось у 2 женщин, но матка была сократившаяся. У остальных кровопотеря была 150-250мл и матка длительно была плотной. По некоторым показаниям 7 рожениц родоразрешены путем операции КС и во время операций после извлечения плода в/в вводим карбетоцин с целью профилактики кровотечения в течении первых суток не отличалось. Выводы. Таким образом проведение исследования показали, что применение карбетоцина в родах (после рождения ребенка) является эффективным методом профилактики послеродовых кровотечений из-за длительности его действия на мускулатуру матки.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ МЯСНЫЕ ПРОДУКТЫ (ВЕГЕТАРИАНЦЫ, ВЕГАНЫ)

Абдуллаева Ш.Ю

**Старшая медсестра в отделение нейрореанимации Андижанского филиала
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи**

Актуальность исследования: в современном мире вегетарианство стремительно набирает популярность. Чаще всего это обусловлено убежденностью людей в том, что отказ от употребления продуктов животного происхождения положительно скажется на работе организма. Однако увлечение вегетарианством влечет за собой изменения общего состояния человека, и здоровье полости рта - не исключение. Цель исследования: на сегодняшний день в отечественной и зарубежной медицине имеются скудные данные, посвященные исследованию состояния зубочелюстной системы при отказе от употребления мяса. В данной работе предпринята попытка максимально широко рассмотреть "побочные эффекты" вегетарианства, влияющие на полость рта. Материалы и методы: незнание людьми специальной медицинской терминологии и легкомысленное отношение к своему здоровью приводят к пагубным

последствиям. Главной проблемой вегетарианского питания состоит в недостаточном обеспечении организма человека полноценным белком. В рационе вегетарианца наблюдается отсутствие продуктов с содержанием животного белка и преобладание продуктов растительного происхождения, что положительно сказывается на состоянии пародонта и отрицательно на состоянии организма в целом. Выводы: несмотря на очевидную пользу растительной пищи в деле профилактики болезней десен и тканей пародонта, а также с целью уменьшения риска возникновения рака и другие инфекционные болезни ротовой полости, вегетарианцам необходимо принимать дополнительные меры по компенсации количества витаминов и микроэлементов в своем организме, а также осуществлять профилактические осмотры у стоматолога, ЛОР врача минимум дважды в год.

КЛИНИКО – БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН В ШАХРИХАНСКОМ РАЙОНЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдуразакова Д. С, Файзуллаев Ж, Озодбекова У, Рахманова Х.Б
Андижанский государственный медицинский институт.

Цель: оценить влияние клинико- биохимических , гормональных изменений на липидный и углеводный обмен у женщин молодого и среднего возраста проживающих в Шахриханском районе Андижанской области .Материалы и методы: В исследование включены 145 женщины, проживающие в Шахриханском районе Андижанской области, в возрасте от 30 до 60 лет, средний возраст составил $36,0 \pm 2,26$ [Me 34,5; 95%ДИ 31,6-40,5] лет. В контрольную группу вошли 40 женщины аналогичного возраста без эндокринной патологии. Средний возраст $32,4 \pm 3,69$ [Me 32,0; 95%ДИ 25,1-39,6] лет. У женщин определяли индекс массы тела ИМТ (по классификации избыточной массы у взрослых в зависимости от ИМТ по ВОЗ 1997г. 16.0 кг/ м² и менее выраженный дефицит массы тела , 16- 18.5 кг/м² недостаточная масса тела , норма 18,5-24,9 м/кг², избыточная масса тела 25- 29.9 кг/м², ожирение 1 степени 30- 34.9 кг/м² , 35- 40 кг/м² ожирение 2 степени , 40 и более ожирение 3 степени) , абдоминальное ожирение по ВОЗ с расчетом соотношения окружности талии (ОТ) к бедер (ОБ) измеренное в сантиметрах ОТ и ИМТ (более 0,85 и 30 кг/ м² соответственно у женщин считается абдоминальным ожирением) , уровни глюкозы на тощак, инсулина, гликированный гемоглобин , уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) в венозной крови на тощак . Был рассчитан индекс атерогенности (ИА), по формуле $КА = (\text{общий холестерин} - ЛПВП) / \text{ЛПВП}$ норма коэфициента -3.0 Оценивались также уровни тиреоидных гормонов трийодтиронин (Т3) , тироксин (Т4) и тиреотропный гормон (ТТГ) у обследуемых женщин. Результаты и обсуждение : Анализ результатов обследования показал: избыточная масса тела выявлена у 44 (31%) женщин, ожирением страдали 20 (14%), дефицит массы тела отмечался у 15 (11%) женщин. Среди 44 женщин с избыточной массой тела у 40 уровни глюкозы на тощак были 5.2 - 5.9 ммоль/л , у 5 женщин 6 .0 – 6.9 ммоль/л, гликированный гемоглобин 6.5 – 6.7%, гипофункция ЩЖ выявлено у 20

(45,5%) женщин. Из 20 пациентов с ожирением ($ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$) страдали 8 (40%) женщины. Пациенты с высокими показателями ИМТ, в сравнении с контрольной группой, имели статистически значимо высокие уровни ТТГ (норма 0,17– 4,05 мМЕ/л) и значимо более высокие уровни глюкозы в инсулина (норма 3– 25 мкЕд/л у взрослых) и гликированного гемоглобина в крови, также сравнительно высокие показатели общего холестерина ($4,97 \pm 0,43 \text{ ммоль/л}$ vs $3,38 \pm 0,32 \text{ ммоль/л}$; $P=0,05$) и ТГ ($2,03 \pm 0,30 \text{ ммоль/л}$ vs $0,94 \pm 0,10 \text{ ммоль/л}$; $P=0,05$), а также более высокий ИА ($3,33 \pm 0,27$ против $1,91 \pm 0,35$; $P=0,01$). Тогда как уровни ХСЛПВП ($1,13 \pm 0,03 \text{ ммоль/л}$) были значимо ниже, чем в группе без нарушения углеводного обмена и патологии ЩЖ ($1,91 \pm 0,35 \text{ ммоль/л}$; $P=0,05$). Содержание ХСЛПНП у женщин с повышенными показателями ИМТ и гипотиреозом было соответственно повышенным ($2,70 \pm 0,17 \text{ ммоль/л}$ vs $2,20 \pm 0,21 \text{ ммоль/л}$; $P=0,14$). Выводы: у обследованных женщин с высокими значениями ИМТ и ТТГ в возрасте 30 – 60 лет проживающих в Шахриханском районе средние уровни глюкозы, инсулина и гликированного гемоглобина, также ОХС, ТГ, ХСЛПНП и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин с нормальной массой тела и без нарушений функции ЩЖ. Нарастание уровня ТТГ в крови ассоциируется с более старшим возрастом, повышением ИМТ и наличием нарушений углеводного обмена, достигая 25%. При проведении корреляционного анализа, выявлена достоверная положительная связь между возрастом, ИМТ и уровнем ТТГ. Исследование функции ЩЖ должно входить в перечень обязательных обследований пациентов с нарушением углеводного и липидного обмена, должны быть строго индивидуальными, исходя из клинко-анамнестических данных. В основе развития нарушений углеводного обмена особое потенцирующее значение имеет изменения липидного спектра и снижение функциональной активности ЩЖ Женщины должны проинформироваться о взаимосвязи нарушений углеводного, липидного, обмена на развитие и прогрессирование сахарного диабета 2 типа.

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПУТЬ К ЗДОРОВОМУ БУДУЩЕМУ.

Абдурасулов А.К., Абдуллаев И.К.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Общественное здравоохранение, имеющее решающее значение помимо медицинской помощи, связано с экономическими и политическими проблемами. Несмотря на отличный доступ к 85 000 врачей, особенно болезни, связанные с образом жизни, остаются проблемой. Эта ситуация требует инновационных стратегий для повышения медицинской грамотности и пропаганды здорового образа жизни. Мы внедрили многогранную стратегию оценки состояния здоровья, используя цифровую анкету и разработанное нами программное обеспечение для всесторонней оценки состояния здоровья участников. В нашем анализе использовался искусственный интеллект для интерпретации историй болезни, генетических профилей и оценки образа жизни, определения критических рисков для здоровья и выработки рекомендаций. Адаптивный механизм обратной связи отслеживал изменения в



состоянии здоровья и образе жизни, дополненный учебными материалами для повышения медицинской грамотности и принятия профилактических мер. Наш подход переосмысливает управление личным здоровьем с помощью искусственного интеллекта, предлагая индивидуальные рекомендации по охране здоровья, направленные на профилактику заболеваний и оптимальное самочувствие. Анализируя обширные данные, включая научные исследования, наша методология не только улучшает понимание влияния образа жизни, но и формулирует эффективные стратегии улучшения здоровья с помощью больших данных и научно обоснованных практик. Наша система искусственного интеллекта предлагает новый подход к профилактике заболеваний, предоставляя персонализированные решения для здоровья путем анализа обширных медицинских данных и данных об образе жизни. Цель этой системы - стать постоянным консультантом по вопросам здравоохранения, предлагая индивидуальные рекомендации по профилактике заболеваний и поддержанию здоровья. В нем используются сложные алгоритмы для точной оценки рисков, выработки индивидуальных рекомендаций и мониторинга прогресса в режиме реального времени. Эта инициатива также включает образовательные ресурсы для повышения осведомленности о профилактике заболеваний и управлении здоровьем. Программа фокусируется на персонализированном медицинском обслуживании, улучшении доступа к профилактическим услугам и обеспечении возможности раннего выявления риска заболеваний. Она направлена на сокращение расходов на здравоохранение за счет предотвращения серьезных состояний и сведения к минимуму необходимости личных посещений врача. Наша платформа искусственного интеллекта обещает произвести революцию в здравоохранении, сделав персонализированные профилактические рекомендации доступными по всему миру, повысив качество жизни и продвинув исследования в области общественного здравоохранения. Несмотря на такие проблемы, как проверка алгоритмов и конфиденциальность данных, будущие усовершенствования включают интеграцию с носимыми технологиями для непрерывного мониторинга состояния здоровья и продолжение глобального внедрения, чтобы значительно расширить его влияние на общественное здравоохранение. В заключение, наша программа профилактики заболеваний, основанная на искусственном интеллекте, призвана значительно улучшить общественное здравоохранение благодаря индивидуальным рекомендациям, основанным на глубоком анализе данных. Она повышает доступность медицинской помощи, поощряет активное участие руководства здравоохранения и обещает снизить расходы на здравоохранение. Текущая фаза разработки и тестирования демонстрирует многообещающий потенциал для раннего выявления рисков и вмешательства, подчеркивая важность дальнейшей доработки и интеграции в существующие системы здравоохранения для широкого внедрения и глобального охвата.



**РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ
ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ.**

**Абдурасулов А.К., Абдуллаев И.К.,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии**

Общественное здравоохранение, имеющее решающее значение помимо медицинской помощи, связано с экономическими и политическими проблемами. Несмотря на отличный доступ к 85 000 врачей, особенно болезни, связанные с образом жизни, остаются проблемой. Эта ситуация требует инновационных стратегий для повышения медицинской грамотности и пропаганды здорового образа жизни. Мы внедрили многогранную стратегию оценки состояния здоровья, используя цифровую анкету и разработанное нами программное обеспечение для всесторонней оценки состояния здоровья участников. В нашем анализе использовался искусственный интеллект для интерпретации историй болезни, генетических профилей и оценки образа жизни, определения критических рисков для здоровья и выработки рекомендаций. Адаптивный механизм обратной связи отслеживал изменения в состоянии здоровья и образе жизни, дополненный учебными материалами для повышения медицинской грамотности и принятия профилактических мер. Наш подход переосмысливает управление личным здоровьем с помощью искусственного интеллекта, предлагая индивидуальные рекомендации по охране здоровья, направленные на профилактику заболеваний и оптимальное самочувствие. Анализируя обширные данные, включая научные исследования, наша методология не только улучшает понимание влияния образа жизни, но и формулирует эффективные стратегии улучшения здоровья с помощью больших данных и научно обоснованных практик. Наша система искусственного интеллекта предлагает новый подход к профилактике заболеваний, предоставляя персонализированные решения для здоровья путем анализа обширных медицинских данных и данных об образе жизни. Цель этой системы - стать постоянным консультантом по вопросам здравоохранения, предлагая индивидуальные рекомендации по профилактике заболеваний и поддержанию здоровья. В нем используются сложные алгоритмы для точной оценки рисков, выработки индивидуальных рекомендаций и мониторинга прогресса в режиме реального времени. Эта инициатива также включает образовательные ресурсы для повышения осведомленности о профилактике заболеваний и управлении здоровьем. Программа фокусируется на персонализированном медицинском обслуживании, улучшении доступа к профилактическим услугам и обеспечении возможности раннего выявления риска заболеваний. Она направлена на сокращение расходов на здравоохранение за счет предотвращения серьезных состояний и сведения к минимуму необходимости личных посещений врача. Наша платформа искусственного интеллекта обещает произвести революцию в здравоохранении, сделав персонализированные профилактические рекомендации доступными по всему миру, повысив качество жизни и продвинув исследования в области общественного здравоохранения. Несмотря на такие проблемы, как проверка алгоритмов и

конфиденциальность данных, будущие усовершенствования включают интеграцию с носимыми технологиями для непрерывного мониторинга состояния здоровья и продолжение глобального внедрения, чтобы значительно расширить его влияние на общественное здравоохранение. В заключение, наша программа профилактики заболеваний, основанная на искусственном интеллекте, призвана значительно улучшить общественное здравоохранение благодаря индивидуальным рекомендациям, основанным на глубоком анализе данных. Она повышает доступность медицинской помощи, поощряет активное участие руководства здравоохранения и обещает снизить расходы на здравоохранение. Текущая фаза разработки и тестирования демонстрирует многообещающий потенциал для раннего выявления рисков и вмешательства, подчеркивая важность дальнейшей доработки и интеграции в существующие системы здравоохранения для широкого внедрения и глобального охвата.

ПРОГРАММЫ ОБОГАЩЕНИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАСТИТЕЛЬНЫМИ ДОБАВКАМИ К ПИЩЕ

**Абдурахманов И.Т., Абдуллаев Д.Б., Кузиев Д. В.
Андижанский государственный медицинский институт**

Среди множества факторов, играющих роль в формировании здоровья детей и подростков, особое значение имеет фактическое питание. Адекватное, сбалансированное по химическому составу и незаменимым компонентам питание обеспечивает нормальный рост и развитие организма, способствует профилактике различных заболеваний и создает условия для оптимальной адаптации к окружающей среде. Цель и задачи исследования. Внедрение в ДООУ программы обогащения рациона питания детей растительными добавками к пище. Результаты исследования. Эффективным путем коррекции питания детей является применение растительных добавок к пище. Биологически активные вещества растений близки природе человеческого организма. Они содержатся в биотических формах, которые более доступны для усвоения, чем синтетические препараты. Каждый компонент комплекса биологически активных веществ, содержащегося в растениях, максимально усваивается организмом, независимо от присутствия других соединений. Растения обладают универсальностью и разноплановостью воздействия, одновременно оказывая противовоспалительный, иммуностимулирующий, общетонизирующий и др. эффекты. Более мягкий, чем у лекарств характер действия, безвредность для организма являются дополнительными преимуществами препаратов растительного происхождения. Производство растительных добавок к пище «Биофит» осуществляется из натурального сырья – ягод, фруктов, овощей, зерновых культур, выращиваемых на территории Ферганской долины. запатентованные технологии вакуумной сушки и низкотемпературного измельчения дают возможность сохранить наибольшее количество биологически активных веществ, увеличить их концентрации в десятки раз, повысить уровень усвоения организмом, значительно усилить лечебно-профилактические свойства, присущие исходному продукту. Так, концентрация витамина С возрастает в 2-6 раз, каротина – в 3-10 раз, тиамин – в 6-11 раз,

токоферолов в 8-10 раз, растворимого пектина - 3-5 раз в пересчете на сухое вещество в зависимости от вида сырья. Высокое содержание пищевых волокон, большая активная поверхность криопорошков за счет мелкодисперсности придает им свойства энтеросорбентов. Доказана биосорбционная активность криопорошков в отношении токсичных металлов – свинца и кадмия. На начальном этапе с целью детоксикации назначались криопорошки, оказывающие преимущественно сорбционный эффект (Фруктовой кампот, коктейль «Овсяный с яблоком»). В дальнейшем применяли криопорошки, целенаправленно воздействующие на системы и органы организма. В январе, когда у многих детей после праздничной пищевой перегрузки отмечались обострения аллергических заболеваний, вновь применялись криопорошки-сорбенты. Весной акцент делался на поливитаминные растительные добавки к пище, «Коктейль ягодный», состоящий из криопорошков овса, шиповника, малины, черники, черной смородины, клюквы, крыжовника, вишни). Положительная динамика у дошкольников с неврологическими отклонениями (задержкой развития речи, моторики, с нарушением концентрации внимания) выявлена в 80% случаев (в контроле 45%). **ВЫВОД.** Таким образом, внедрение в ДООУ программы обогащения рациона питания детей растительными добавками к пище «Биофит» как дополнение к проведению комплекса медико-профилактических и валеологических мероприятий способствовало нормализации процессов развития, повышению неспецифической резистентности организма, качества здоровья.

ЛАЗЕРНЫЙ КЕРАТОМИЛЕЗ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Д.А. Абдурахмонова.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Выводы. Новый принцип реабилитации пациентов с миопией высокой степени, включающий в себя эксимерлазерную операцию (LASIK) и бинариметрию, Актуальность. Лазерная коррекция, приводящая к восстановлению соразмерности анатомо—оптических параметров миопического глаза и создающая новую рабочую зону аккомодации, далеко не всегда соответствует ожидаемому пациентами качеству зрения. Поэтому, на наш взгляд, необходим комплекс послеоперационных реабилитационных мероприятий, направленных на всестороннее восстановление зрительных функций. Цель— изучить механизмы, обуславливающие эффективность операции LASIK у пациентов с миопией высокой степени с последующим диплоптическим лечением с помощью бинариметрии. **Материал и методы.** Контрольную группу составили 31 человек (62 глаза) в возрасте от 18 до 24 лет. В основную группу вошли 30 молодых людей (60 глаз) с миопией высокой степени от —6,25 дптр до —12,0 дптр. Возраст пациентов варьировался от 18 до 24 лет. Эксимерлазерная коррекция проводилась с помощью системы Nidek EC—5000 по методике LASIK. Через месяц осуществлялся курс бинариметрии, основанный на явлениях физиологического двоения и слияния двойных изображений, предъявляемых в условиях свободной гаглоскопии (Щуко А.Г., Малышев В.В., 2006). **Результаты.** Установлено, что после лазерного кератомилеза, кроме повышения

остроты зрения и абсолютной аккомодационной способности глаз, улучшаются качество центрального зрения и показатели фотостресс—теста, происходит некоторое восстановление механизмов бинокулярного взаимодействия. Использование бинариметрии для последующей реабилитации больных после лазерного кератомилеза позволяет существенно повысить относительную аккомодационную способность, улучшить показатели центрального зрения и механизмы бинокулярного взаимодействия, увеличить фузионные резервы глаза. Это позволяет значительно снизить астенопические жалобы и, соответственно, повышает качество жизни и зрения пациентов. позволяет значительно улучшить не только зрительные функции, но и качество жизни этих пациентов и открывает новые перспективы улучшения деятельности зрительной системы у больных миопией.

ПОКАЗАНИЯ НА ОПЕРАЦИИ ФЕМТО—ЛАЗИК ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ

Д.А. Абдурахмонова.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Актуальность. Близорукость является одной из важнейших проблем в офтальмологии, не утратившей своей актуальности, несмотря на многочисленные исследования на протяжении полутора сотен лет. В настоящее время ее рассматривают как одну из важнейших социально-биологических проблем, поскольку это наиболее частая причина снижения зрительных функций (Аветисов Э С.), а при ее прогрессировании она является и одной из основных причин слепоты, слабовидения и, соответственно, инвалидности. В рефракционной хирургии имеется богатый опыт использования механических микрокератомов при проведении операции ЛАЗИК. Точность получения результатов в большинстве случаев при этих операциях зависит от состояния роговичного клапана. Неравномерность толщины, менискообразная форма клапана, повреждение и децентрация клапана при формировании его микрокератомом значительно снижает рефракционный и визуальный результат. Новая технология Фемто—ЛАЗИК обеспечивает более качественное формирование роговичного клапана, что значительно уменьшает риск интра— и послеоперационных осложнений. Цель качественная и количественная оценка формирования роговичного клапана при использовании механического микрокератома и фемтосекундного лазера. Материал и методы. Нами было обследовано 18 пациентов, которым была проведена операция ЛАЗИК с применением микрокератома Zioptix (Bausch&Lomb, USA) с головкой «120» 60 глаз, и фемтосекундного лазера FEMTO Ziemer's LDV (Ziemer Group, SIE AG Surgical Instrument Engineering, Швейцария) – 62 глаза. Всем пациентам было проведено исследование роговицы с помощью оптического когерентного томографа Visante OCT (Carl Zeiss Meditec Inc., Германия). Результаты. При использовании микрокератома Zioptix с головкой «120» (заявленная фирмой—производителем толщина клапана 100 ± 20 мкм), средняя толщина клапана – 105,3 мкм (от 85 до 116 мкм), отмечается неравномерность клапана. При использовании фемтосекундного лазера FEMTO Ziemer's LDV, средняя толщина клапана составляла 111,5 мкм (от 108 до 115 мкм) (заявленная фирмой—



производителем толщина клапана 110 ± 6 мкм), равномерная на всем протяжении. Выводы. Роговичный клапан, сформированный фемтосекундным лазером, отличается большей равномерностью и меньшим отклонением от заданной величины, чем клапан, сформированный микрокератомом, что повышает точность расчетов при выполнении Фемто—ЛАЗИК и расширяет диапазон возможностей коррекции аномалий рефракции.

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДЕФЕКТОМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Абдусаламова Нодира

**Студентка магистратуры 2 курса кафедры
Госпитальной педиатрии АГМИ**

Частые респираторные инфекции у больных с ДМПП нередко приводят к развитию пневмонии на фоне хронического полнокровия легких.

Цель исследования. Изучить роль факторов риска в течении внебольничных пневмоний у детей раннего возраста с дефектом межпредсердной перегородки.

Материал и методы. Для нашего обследования были отобраны 20 детей с верифицированным диагнозом ДМПП, находившихся на лечении в кардиологическом отделении областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижана. Поводом для поступления детей в стационар явились клинические признаки пневмонии, подтвержденные на рентгенограмме грудной клетки.

Комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование детей с ДМПП и пневмонией включало сбор и оценку анамнеза. Анализировалась совокупность модифицирующих факторов риска неблагоприятного течения и исхода заболевания. Учитывались неблагоприятный анамнез; гемодинамические факторы, включая гиперволемию малого круга кровообращения, легочную гипертензию, артериальную гипоксемию; рентгенологические характеристики вида инфильтративных изменений (интерстициальная инфильтрация; альвеолярная инфильтрация и ее морфологические формы); значимая сопутствующая и фоновая патология. Всем детям проводилось кардиологическое обследование с оценкой ЭКГ и ЭхоКГ.

Рентгенография органов грудной клетки выполнялась в прямой и, по показаниям, в боковой проекции. Лабораторные исследования включали клинические и биохимические исследования крови. Результаты и обсуждения. Возрастной диапазон всех обследованных детей от 6 месяцев до 3 лет, с небольшим преобладанием мальчиков (55%, против 45% девочек) и по территориальной принадлежности 85% детей, проживающих в сельской местности. При анализе медико-биологических факторов риска, нами установлено, что на момент рождения ребенка с ДМПП все женщины находились в благоприятном детородном периоде (75%); преобладали дети, рожденные от 2 беременности (55%); у всех матерей имел место отягощенный акушерский анамнез, сыгравший большую роль в формировании ДМПП. Наиболее значимыми триггерными факторами среди женщин явились: анемия (100%),

неоднократные ОРВИ (100%), TORCH инфекция (70%). В периоде новорожденности у всех обследованных детей диагностированы перинатальное поражение нервной системы, а в периоде раннего возраста - преобладали фоновые заболевания: анемия (100%), рахит (100%) и белково-энергетическая недостаточность питания (15%). Все дети поступали в тяжелом состоянии, у которых дыхательная недостаточность II степени была обусловлена не только гемодинамическими нарушениями, проявляющимися сердечной недостаточностью II Б степени, но и тяжестью течения пневмонии. Физикальные изменения в легких проявлялись в виде локального ослабления дыхания с массой крепитирующих хрипов. Рентгенологически у 100% детей была подтверждена пневмония в виде очаговых (55%) и очагово-сливных (45%) инфильтратов. Выводы. Таким образом, на течение внебольничных пневмоний у детей большое влияние оказывают не только гемодинамические нарушения, связанные с гиперволемией малого круга кровообращения, характерные для дефекта межпредсердной перегородки, но и высокая частота фоновых заболеваний, которые можно оценить как факторы риска, устранение которых возможно при проведении реабилитационных и общеукрепляющих мероприятий.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ДМПП

Абдусаламова Нодира
Студентка магистратуры 2 курса кафедры
Госпитальной педиатрии АГМИ

Из числа коморбидных заболеваний у детей с дефектом межпредсердной перегородки ведущее место занимают внебольничные пневмонии. Цель. Представить инструментальную диагностику гемодинамических расстройств у детей с пневмонией на фоне ДМПП. Материалы и методы. Для нашего обследования были отобраны 20 детей с верифицированным диагнозом ДМПП, находившихся на лечении в кардиологическом отделении областного детского многопрофильного медицинского центра города Андижана. Возрастной диапазон всех обследованных детей от 6 месяцев до 3 лет, с небольшим преобладанием мальчиков (55%, против 45% девочек) и по территориальной принадлежности 85% детей, проживающих в сельской местности. Всем детям проводилось кардиологическое обследование с оценкой ЭКГ-признаков и изучением эхокардиографических морфологических характеристик порока сердца, легочной гипертензии, насосной и сократительной функции миокарда. Результаты и обсуждения. Поводом для поступления детей в стационар явились клинические признаки пневмонии, подтвержденные на рентгенограмме грудной клетки и симптомы сердечной недостаточности, преимущественно II Б степени. Клиническим подтверждением пневмонии было наличие аускультативных крепитирующих хрипов в легких. Наши лабораторные данные у детей с дефектом межпредсердной перегородки и пневмонией подтвердили наличие воспалительной реакции, при этом лейкоцитоз регистрировался у 17 (85%) детей с нейтрофилезом и повышением нейтрофильного индекса ($>0,2$). Уровень гемоглобина у всех детей был



снижен и соответствовал анемии средней степени тяжести. Повышения содержания С-реактивного белка у большинства (80%) детей подтверждает наличие острого воспалительного процесса в легких. Со стороны сердечно-сосудистой системы выслушивался систолический шум с эпицентром в области дефекта в межпредсердной перегородке. Увеличение печени до 2-4 см расценивалось как симптом правожелудочковой сердечной недостаточности. Результаты электрокардиограммы у детей с дефектом межпредсердной перегородки: тахикардия (100%), отклонение ЭОС вправо (70%), перегрузка правого предсердия и гипертрофия правого желудочка с неполной блокадой правой ножки пучка Гисса (25%), гипертрофия правого желудочка с неполной блокадой правой ножки пучка Гисса (10%), перегрузка правого предсердия с высокой электрической активностью правого желудочка (30%), гипертрофия правого предсердия и правого желудочка с неполной блокадой правой ножки пучка Гисса (15%), перегрузка предсердий (20%). На эхокардиографии у 13 детей (65%) диагностирована величина дефекта от 2,5 до 10 мм, у 4 детей (20%) – 12 мм и у 3-х (15%) – 30 мм. Наиболее значимым гемодинамическим фактором тяжелого течения пневмонии у 1/3 детей с большим дефектом в межпредсердной перегородке явилось наличие на эхокардиографии легочной гипертензии. Сократительная функция левого желудочка у всех детей с дефектом межпредсердной перегородки находилась в пределах нормативных показателей – фракция изгнания 69% + 11%. Выводы. Таким образом, перегрузка правых отделов сердца, диагностированная на электрокардиограмме была обусловлена не только гиперволемией малого круга кровообращения, но и легочной гипертензией, что значительно влияет на длительность и прогноз течения пневмонии у детей с дефектом межпредсердной перегородки.

МОРФОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПЕРТРОФИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

**Абдусаматова И.И.1, Тастанова Г.Е.2, Шимсиев Дж.Ф.3 1,2,3
Ташкентский Государственный стоматологический институт.**

Актуальность: Термин «аденоид» означает нефизиологическое увеличение глоточной миндалины и является самой частой причиной назальной обструкции у детей. Гипертрофия глоточных миндалин может вызвать снижение слуха, развитие воспалительных процессов в ухе и горле, нарушения речи, в особо тяжелых случаях задержку речевого и умственного развития, формирование неправильного прикуса, патологические изменения голоса.

Цель: Дать гистологическую характеристику особенностей строения аденоидов у детей различных возрастных групп (0-12 лет), поступивших для плановой аденотомии, а также усовершенствование методов хирургического лечения при аденоидах у детей с учетом морфофункциональных особенностей аденоидной ткани. **Материал и методы исследования:** Данное исследование аденоидов проводилось у 53 детей в возрасте от 0 до 12 лет с диагнозом «аденоидная вегетация II–III степени», поступивших в детское ЛОР-отделение. Всем пациентам проведены клинико-анамнестические методы исследования, включающие сбор анамнеза, физикальное и

инструментальное обследование, консультацию отоларинголога и других врачей-специалистов по мере необходимости, а также общелабораторные и гистологическое методы исследования. Для верификации диагноза и выявления сопутствующей патологии детям проводили эндоскопические, МСКТ, 3D рентген, функциональные методы исследования. Удаленная аденоидная ткань была взята на гистологическое исследование. Препараты биопсии фиксировали в 10% нейтральном формалине, по общепринятой методике заливали в парафиновые блоки, из которых изготавливали гистологические срезы толщиной 3–4 мкм и окрашивали их гематоксилином и эозином. В дальнейшем исследование проводилось посредством световой микроскопии с увеличением $\times 100$, $\times 200$, $\times 400$. Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel и пакета прикладных программ Statistica for Windows 7.0. Результаты исследования: Как показали наши исследования, средний возраст детей составил 3,12 года. По половой принадлежности преобладали мальчики – 31, что составило 58,6% от всего количества больных. Исследуя возрастной ценз, было выявлено, основную массу пациентов составили дети в возрасте от 0 до 4 лет (75,78% соответственно). Причинами обращения к врачу были следующие жалобы: дыхание ртом (62%), храп в ночное время (49%), рецидивирующий ринофарингит (43%), рецидивирующий средний отит (55%) и раздражающий кашель (45%). Аллергия на клещей домашней пыли отмечена в 50% случаев, загрязнение помещений и окружающей среды - в 20% от всех случаев наблюдения. 20 пациентам было предложено медикаментозное лечение (37,6%), в остальных случаях (62,4%) было проведено и хирургическое вмешательство (аденоидэктомия). В 20% случаев аденоидэктомия была ассоциирована тонзиллэктомией. При проведении гистологического исследования была выявлена диффузная инфильтрированная лимфоидная ткань с гиперплазией большинства фолликулов. При проведении световой микроскопии препаратов аденоидов, полученных в результате аденоидэктомии и окрашенных гематоксилином и эозином, видна морфологическая перестройка базального слоя аденоидов. В гипертрофированных фолликулах явные признаки плазматизации стромы, со светлым центром размножения. Местами встречаются участки диффузной лимфоидной ткани, лишенные фолликулов либо с признаками деструкции лимфоидных фолликулов. В таких участках кровеносные сосуды спазмированы, стенка большинства из них склерозирована. Подобная картина преобразований микроциркуляторного русла на наш взгляд, может явиться основной причиной развития выраженного интраоперационного кровотечения при аденоидэктомии. Как известно основной причиной развития инфекционно-воспалительной патологии верхний отдел пищеварительного тракта. Помимо этого, изменение климата, агрессивность многих факторов окружающей среды усугубляют состояние лимфоидной ткани носоглотки при напряженности иммунной системы ребенка. К сожалению, сегодня жаркий и сухой климат Ташкента с увеличением количества пыльных ветров, представляет собой благоприятствующим фактором развития аденоидов уже в раннем возрасте. Это подтверждается нашими данными, так более у половины обследованных нами детей (52%) выявлена аллергия на пылевые клещи, другие бытовые или вне бытовые загрязнения (30%). Наличие в анамнезе жизни ребенка случаев курения родителей



было отмечено 8% от всех случаев наблюдения, что также способствует увеличению количества носоглоточных респираторных инфекций

Выводы: Выраженное интраоперационное кровотечение при аденотомии у детей более старшего возраста, обусловлено морфофункциональными особенностями аденоидной ткани на фоне выраженного склероза стенки сосудов микроциркуляторного русла.

При проведении комбинированного лечения аденоидов (сочетание медикаментозного и хирургического лечения) уменьшает количество послеоперационных осложнений и времени реабилитации.

Одним из основных этиологическим фактором формирования аденоидов у детей в возрасте 0-12 является жаркий и сухой климат, с преобладанием пылевых ветров.

ПРОБИОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Абидова Г. А.

Колледж общественного здравоохранения имени Абу Али ибн Сины

Реализация противоинфекционного действия пробиотиков заключается в антагонистическом влиянии на патогенные и условно-патогенные микроорганизмы и реализуется путем снижения pH среды в просвете кишки (для кисломолочных штаммов), продукции бактериоцинов, обладающих антибиотикоподобными свойствами, конкуренции за питательные вещества и сайты адгезии с патогенной и условно-патогенной флорой, а также за счет оптимизации параметров муцинового слоя (для штаммов, способных к адгезии). Помимо повышения колонизационной резистентности микрофлоры, для пробиотиков характерно наличие иммуотропного влияния, заключающегося в индукции синтеза иммуноглобулинов (sIgA), лизоцима, интерферонов, стимуляции фагоцитоза, регуляции системы цитокинов и др. При этом иммуотропное влияние пробиотических штаммов у здоровых лиц не приводит к изменениям со стороны иммунной системы. В исследованиях было показано, что при пероральном введении комбинации пробиотиков *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus fermentum* RC-14 здоровым лицам изменений в уровнях сывороточного IgA и IgM не отмечалось, а сравнение титров антител (IgG, IgA и IgM), сывороточных цитокинов, ИЛ-2, ИЛ-6 и ИФН- γ у здоровых добровольцев, получавших пробиотики и не получавших, показало, что терапия пробиотиками не влияет на их системные уровни. Данный факт свидетельствует об отсутствии иммуностимулирующего влияния пробиотиков у здоровых иммунокомпетентных лиц и подтверждает высокий профиль безопасности их применения. Следует подчеркнуть, что в экосистеме микробиоценоза толстой кишки детей базовые микроорганизмы представлены бифидобактериями, а у взрослых доминантами являются различные виды бактерицидов, но и бифидобактерии, лактобактерии, стафилококки, энтеробактерии, стрептококки и клостридии также являются неотъемлемыми компонентами микрофлоры.

В этой связи перед практическим врачом встает вопрос выбора пробиотического штамма для терапии ДБК у детей. Современный подход к пробиотической терапии

подразумевает штаммоспецифичный подход. Вышеприведенные результаты клинических и научных исследований позволяют врачу выбирать как монокомпонентные, так и поликомпонентные пробиотические лекарственные средства для терапии ДБК у детей. Критерием выбора препарата являются свойства штаммов, входящих в его состав. Одним из таких средств является пробиотик IRID BC, который представлен в формах, предназначенных для применения и у детей (микрогранулы в саше). IRID BL - это сорбированный пробиотик, комплекс, содержащий в своем составе бифидо-лактобактерии класса *Bifidobacterium longum* 17х и *Propionibacterium avidum* 1, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus* 108, 66-1413, *Streptococcus diacetylactis* 13с 65-64. В одной дозе препарата содержится не менее 10^9 живых особей и лечебные свойства препарата обусловлены заселением кишечника бифидобактериями и пропионобактериями, молочнокислыми бактериями, которые обеспечивают высокую локальную колонизацию слизистых оболочек, особенно толстого кишечника, нормализуют микрофлору кишечника. Использование данной технологии повышает биодоступность большей части пробиотических бактерий и обеспечивает максимум клинических эффектов входящих в состав препарата пробиотиков. Вывод. Таким образом, оптимальный состав данного пробиотического средства (в него входят штаммы, демонстрирующие эффективность при ДБК), инновационная технология доставки действующего вещества и клинический опыт применения позволяют рекомендовать препарат для терапии острых инфекционных и неинфекционных диарей.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КАРДИАЛЬНОЙ ФОРМЫ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Абидова Г. А. Кадилова М.М. Колледж общественного здравоохранения имени
Абу Али ибн Сины**

Актуальность. Вегето-сосудистая дистония (ВСД) — комплекс симптомов, который проявляется расстройствами деятельности различных систем организма. ВСД считается спорным диагнозом, он не включен в Международную классификацию болезней. На сегодняшний день наиболее часто используется термин «нейроциркуляторная дистония» — совокупность нарушений функционирования сердечно-сосудистой и нервной системы. Она возникает из-за патологий нейроэндокринной регуляции.

Цель исследования - охарактеризовать пограничные состояния в зависимости от возрастных периодов у детей.

Материалы и методы исследования. На базе ОДММЦ и школ семейной поликлиники – 1,3,5 г. Андижан Республики Узбекистан, были обследованы 70 детей в возрасте от 7 до 18 лет с кардиальной формой вегето-сосудистой дистонии (ВСД), у которых диагноз устанавливался после подробного изучения анамнестических сведений, среди которых особое внимание уделялось течению беременности, родов, постнатальному периоду и, конечно же, фоновой заболеваемости. Результаты

исследования и их обсуждения. Обобщая клинические проявления кардиальной формы ВСД у детей, отмечается присутствие симптомов, указывающих на церебральные дисфункции, т.е. чисто неврологическую симптоматику, кардиальных симптомов. А также, соматогенные проявления, связанные с параллельным внедрением в основной процесс дисфункции других морфофункциональных систем на уровне органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевого выделения. Состояние церебральных, кардиальных и соматогенных симптомов в общей клинической характеристике наблюдаемых детей составила 39,1%, 48,7% и 12,2%. При этом можно констатировать, что целый ряд детей имели сочетание, прежде всего кардиальных и церебральных симптомов, а также в комплексе с соматогенными дисфункциями. Выводы. Обобщая в целом клинические проявления у детей с кардиальной формой можно предполагать, что наиболее значимым синдромом в общей семиотике проявлений данных пограничных состояний является кардиологический синдром, который включает в себе следующие положения: - Боль различного характера (колющая, давящая, сжимающая, пронизывающая, ноющая), локализуемая под соском, у левого края грудины, под левой ключицей доминирует у детей школьного возраста. - Боль обычно не носит характера пароксизмов, длится от десятков минут до нескольких дней и даже недель, периодически нарастая и ослабевая. - Факторы, провоцирующие боль: ненастная погода, нервные потрясения, перенесенные инфекционные заболевания, физические перегрузки. - На фоне постоянных болей или без них могут появиться приступообразные боли, которые в отличие от стенокардических значительно варьируют по длительности и оставляют после себя чувство дискомфорта (тяжесть, давление, ноющая боль). - Нередко боль сопровождается признаками возбуждения симпатoadреналовой системы: повышение артериального давления, дрожь, тахикардия, возбуждение, страх, который доминирует у детей школьного возраста. - присутствует «Т»- кардиопатия – наличие отрицательного зубца Т в сочетании с кардиологическим синдромом при исключении органических поражений коронарных сосудов, эндокарда, миокарда и перикарда.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Абидова Г. А., Кадилова М.М

Колледж общественного здравоохранения имени Абу Али ибн Сины

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений бронхиальной астмы у детей атопической бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Для 58 детей амбулаторных пациентов с БА в возрасте от 7 до 17 лет была заполнена узбекская версия вопросника по контролю симптомов и клинические проявления БА (АСQ-5). Результаты исследования. Основу заболевания у таких детей часто составляет поливалентная сенсibilизация к аллергенам домашней пыли, эпидермальным, пищевым и лекарственным аллергенам. Течение бронхиальной астмы у таких детей часто тяжелое, сопровождалось выраженной эозинофилией и гипервентиляционными нарушениями. Важное место при бронхиальной астме у детей занимают гипервентиляционные нарушения,



которые включают неадекватную гипервентиляционную реакцию на различные воздействия. В формировании гипервентиляционных нарушений принимают участие эндогенные и экзогенные факторы, а сама гипервентиляция нередко провоцирует приступы удушья. В развитии бронхообструкции при гипервентиляции большую роль играет снижение температуры и влажности секрета в респираторном тракте, что способствует бронхиальной гиперреактивности. У таких детей наблюдались некоторые особенности течения бронхиальной астмы: часто отмечалось затруднение вдоха во время приступа, субъективное ощущение нехватки воздуха, нарушения поведения (тревожность, эмоциональная лабильность), головные боли, сердцебиение, боли в животе во время приступа. Нередко приступы астмы возникали при эмоциональных стрессах и физической нагрузке. Проведя анализ анкеты-опросника, нами установлены причины и предрасполагающие факторы развития бронхиальной астмы у обследуемых детей. Наследственная отягощенность (Наличие у родителей или родственников аллергических заболеваний) является доминантным фактором в развитии БА у обследуемых детей. Кроме этого, высокий удельный вес приходится на предшествующие (АР, АРС) и сопутствующие заболевания этих детей. Так пищевая аллергия -58,3% и атопический дерматит -89,6% можно рассматривать в качестве основных факторов, способствующих формированию БА и пусковым механизмом возникновения обострений. У многих детей с БА выявлялись увеличенные аденоидные вегетации, которые чаще обнаруживались при сопутствующем аллергическом РС. В основе увеличения аденоидов, наряду с гиперплазией лимфоидной ткани, лежит аллергический воспалительный процесс. У некоторых детей с БА обнаруживается искривление носовой перегородки; присоединение аллергического ринита в таких случаях приводит к значительному нарушению носового дыхания. У ряда больных выявляется хронический тонзиллит; который можно рассматривать как фактор, способствующий формированию сенсibilизации к инфекционным аллергенам при БА. У наблюдаемых нами детей с АБА перед началом приступа отмечалась заложенность и зуд в носу, водянистое или слизистое отделяемое из носа. Патология ЛОР-органов у наблюдаемых больных была выявлена в 85,4% случаев. Результаты собственных наблюдений свидетельствуют о том, что у многих детей первые приступы БА появляются на фоне острого респираторного вирусного заболевания и бронхолегочной инфекции. Значение интеркуррентных заболеваний прослеживается и при обострении БА. Вывод. Таким образом, у детей, страдающих бронхиальной астме, отмечаются в анамнезе наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, выявляются признаки пищевой и лекарственной аллергии, поливалентной сенсibilизации организма к бытовым, эпидермальным и пылевым аллергенам.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЩЕКИ В ЮВЕНИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Абсаламова Н.Ф. Alfraganus
University, кафедра Клинические предметы.

Цель исследования. Повышение эффективности терапии кандидозного поражения слизистой оболочки щеки у детей и подростков. Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 77 детей (45 мальчиков и 32 девочки) в возрасте от 2 до 15 лет (средний возраст 5,2 года). У всех больных отмечались клиничко анамнестические признаки микотического поражения слизистой оболочки щеки (беловатые наложения на поверхности, не сопровождающиеся повышением температуры тела). Все пациенты получали терапию препаратом Тантум Верде по 1-4 впрыскиваний в щеки 5-6 раз в сутки в течение 7 дней. Критерии включения в исследование: пациенты, имеющие клиничко-анамнестические признаки микотического поражения слизистой оболочки щеки (беловатые наложения на поверхности, не сопровождающиеся повышением температуры тела); компетентность участвующих лиц (соблюдение схемы применения препарата Тантум Верде).

Критерии оценки эффективности:

- 1) субъективная оценка: эффективность терапии оценивалась самим пациентом или совместно с родителями с помощью 3-балльной аналоговой шкалы, где 0 баллов - отсутствие симптома, 3 балла - максимальная выраженность симптома;
- 2) объективная оценка: микробиологическое исследование соскоба-мазка с поверхности на щеках;
- 3) частота возникновения побочных эффектов на фоне проводимого лечения.

Во время осмотра проводили забор материала с поверхности области щеки для микробиологического исследования. Перед забором материала для посева пациенты в течение суток не применяли лекарственные препараты для орошения или полоскания полости рта и зубную пасту. Материал для посева брали с поверхности области щеки методом соскоба-мазка, для чего использовали ушную ложечку Фолькмана или зажим Гартмана. Материал погружали в транспортную среду, которую в холодильной камере доставляли в лабораторию в течение 3 ч, где проводили посев на среду Сабуро.

Учитывали побочные действия применяемых препаратов: аллергические реакции, местно раздражающее действие препаратов. Контрольные осмотры проводили через 14 дней после начала лечения. При выявлении по данным микробиологического исследования дрожжеподобных грибов рода *Candida* во время проведения контрольного осмотра брали повторный мазок с поверхности области щеки.

Результаты. Хорошие и отличные результаты лечения отмечены у 71 (92,2%) пациента; 6 (7,8%) детей (их родители) не отметили положительного эффекта от проводимого лечения (рис. 1). При проведении исчезновение наложений на поверхности области щеки отмечали у 73 детей (94,8%). По данным микробиологического исследования соскоба-мазка с поверхности щеки дрожжеподобные грибы рода *Candida* были выявлены у 61 ребенка (79,2%). Видовая детализация результатов посева дала следующий результат: *C. albicans* - у 48 (78,6%), *C. crusei* - у 7 (11,5%),



Cparapsy-losis - у 4 (6,6%), *C. zylonoides* - у 2 (3,3%). У 52 детей степень обсеменения находилась в интервале 105-107 КОЕ/мл, и только у 9 - 101-101 КОЕ/мл. Параллельно проводили исследование бактериального спектра, что дало следующие результаты: *S. aureus* дал рост у 43 пациентов (55,8%), *M. catarrhalis* - у 8 (10,4%), *Kpneumoniae* - у 6 (7,8%). Повышение степени обсеменения сред непатогенными а-гемолитическими стрептококками (*Str. suis, oralis, bovis, mutans*) отмечалось у 29 детей (37,7%). У всех детей отмечали деспотические изменения микрофлоры за счет уменьшения количества низко патогенной (нормальной) микрофлоры (*Str. salivarius, vestibularis, N. sicca, subflava et lactamica*).

После завершения курса терапии по данным повторного микробиологического исследования соскоба-мазка с поверхности щеки дрожжеподобные грибы рода *Candida* дали рост у 5 детей (8,2%) (рис. 3). За время проведения исследования не было отмечено побочных эффектов, связанных с применением препарата Тантум Верде.

Закключение. Таким образом, применение препарата Тантум Верде является эффективным лечением кандидозного поражением слизистой оболочки щеки. Использование у детей препарата Тантум Верде позволяет достичь высокой степени иррадиации дрожжеподобных грибов рода *Candida*, что было подтверждено микробиологическим исследованием. Это свидетельствует о высокой терапевтической эффективности препарата Тантум Верде и позволяет рекомендовать его для широкого применения в комплексном лечении детей с хронической патологией, ассоциированной с кандидозным поражением слизистой оболочки полости рта.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Абсаттарова М.С.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Грыжи остаются одной из наиболее частых хирургических патологий. Ущемление грыжи возникает у 10-17% грыженосителей. Сохраняется высокий уровень послеоперационных осложнений, который достигает 50%. Послеоперационная летальность колеблется в пределах 2,6-11,0%.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 70 больных с ущемленными вентральными грыжами. Из них: женщин - 27, мужчин - 43. Возраст пациентов от 23 до 79 лет. В соответствии с классификаций К.Д. Тоскина и В.В. Жебровского (1990): малые грыжи имелись у 6 (8,6%), средние - у 17 (24,2%), обширные - у 29 (41,4%), гигантские- у 15 (21,4%) больных. Результаты исследования. Интраоперационно установлено, что ущемленным органом были: большой сальник (13); тонкая кишка (29), толстая кишка (8), наличие в грыжевом мешке нескольких ущемленных органов (64). Резекция нежизнеспособной части большого сальника выполнена у 18, резекция тонкой кишки - у 11, резекция толстой кишки - у 2 пациентов. В остальных случаях (39) ущемленные органы были признаны жизнеспособными. В 7 случаях имелась флегмона грыжевого мешка. При выборе пластики передней брюшной стенки,

преимущественно при грыжах малого и среднего размера, предпочтение отдавалось наиболее простым вариантам - пластика по Сапежко (28); по Шампионеру (2). Аллопластика полипропиленовой сеткой (27) применялась у больных с множественными рецидивными многокамерными грыжами, невозможностью ушивания дефекта передней брюшной стенки местными тканями, высокой вероятностью развития «компармент-синдрома», при отсутствии инфекции в брюшной полости и в зоне выполнения операции. Сшивание апоневроза передней брюшной стенки «край в край» (38) выполнено больным, при невозможности применения аллопластики. В случае наличия дефекта передней брюшной стенки больших размеров, при невозможности закрытия дефекта апоневроза «край в край», ушивался грыжевой мешок, подкожная клетчатка и кожа без ушивания апоневроза (7). Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 15 (21%) больных: осложнения со стороны операционной раны (инфильтрат, серома, гематома, нагноение) - у 9 (60%), несостоятельность анастомоза - у 1 (6,6%), пневмония - у 3 (20%) больных. Послеоперационная летальность составила 8,5% (6). Причинами смерти были: тяжелый абдоминальный сепсис из-за перитонита, вызванного внутрибрюшными осложнениями в 2 (33,3%), легочная эмболия - в 2 (33,3%); инфаркт миокарда - в 1 (16,6%); инсульт - в 1 (16,6%) случае. Выводы. Таким образом, лечение больных с ущемленными вентральными грыжами является одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Наличие спаек в брюшной полости, кишечной непроходимости или перитонита, с одной стороны, и необходимость пластического закрытия дефекта передней брюшной полости с максимальным принятием мер по профилактике внутрибрюшной гипертензии является сложной задачей. Высокие показатели летальности (9,5%), послеоперационных осложнений (21%) на протяжении ряда лет не имеют существенной тенденции к снижению, что требует дальнейшей глубокой работы по улучшению результатов лечения этих больных.

МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕДПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Авазбеков А., Салиева М.Х., Юсупов К.М., Мирзаева М.М., Хажиматов Р.С
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Во главе многогранной работы в многопрофильном стационаре стоит медсестра — основной организатор, исполнитель и ответственный контролер, правильность действий которой зависят от знаний и практических навыков. Целью исследования является социально-гигиеническая характеристика среднего медицинского персонала стационара и его медицинская активность. Материал и методы исследования. С этой целью было проведено анкетирование. Проанализированы данные опроса 46 медработников. Анкета содержала вопросы, касающиеся условий труда, отношения к специальности, профессиональной компетентности и другие. Результаты исследования. Большая часть персонала была в молодом и зрелом возрасте (72,7%), т.е. от 25 до 50 лет, и лишь 27,3% от 50 до 60 лет и старше. По месту работы и виду деятельности в

отделениях многопрофильного стационара, средний медицинский персонал нами сгруппирован в 2 большие группы: хирургические и терапевтические. Нами изучен общемедицинский стаж работы респондентов. Согласно этих данных: у 10,8% - стаж до 3 лет, от 3 до 5 лет – 9,0%, от 5 до 10 лет – 10,8%, от 10 до 15 лет – 12,7% и свыше 15 лет - 56,7%. Можно заключить, что в исследуемом стационаре стаж персонала чаще свыше 15 лет (56,7%). Квалификационная категория способствует профессиональному совершенствованию и росту компетенции сестринских кадров, что в определенной степени повышает качество медицинской помощи. 11,8% имеют первую, 18,6% - вторую, 32,4% - высшую и 37,2% - не имеют категорию. Можно отметить, что 62,8% персонала имеет категорию ($P<0,05$). Согласно наших данных все медработники проходят медосмотры, из них 2-3 раза – 77,3%, 22,7% - 1 раз в год. Около половины медперсонала (46,6%) перенесла ОРВИ, 33,0% - грипп, 5,7% - ангину, 3,1% - гепатит, 3,7% - другие инфекционные болезни и 7,9% - ничем не болели. Можно заключить, что основная масса среднего медперсонала (92,1%) перенесла острые респираторные и инфекционные болезни ($P<0,01$). Данные опроса респондентов выявили, что больше половины (69,6%) не обращаются к врачу, т.е. занимаются самолечением и переносят заболевания «на ногах», 27,5% - берёт больничный лист и лишь 2,9% отмечают, что у них не было такого состояния, чтобы брать бюллетень. На вопрос: «Как Вы оцениваете своё состояние здоровья по 5ти балльной шкале?» медперсонал ответил следующим образом: оценку «5» дали - 27,5%, «4»- 33,3%, «3»- 15,7%, «2» - 10,8%, «1»- 12,7%. Согласно этих данных можно сделать вывод, что оценку своему здоровью «5» и «4» балла дала большая половина обследованных (60,8%), «3»- 15,7% и неудовлетворительную («2» и «1») – 23,5% ($P<0,05$). Нами проведен анализ выполнения функций медперсоналом, которые не входят в круг их прямых обязанностей. 56,7% респондентам приходится редко, 11,8%- постоянно, 5,9% - периодически выполнять эти функции и 25,6%- не приходится выполнять. На основании этих данных можно заключить, что основной массе медработников (74,4%) приходится выполнять дополнительные работы ($P<0,05$), что также имеет важное значение в качественном выполнении функций. Выводы. Оценка деятельности сестринского персонала необходима для определения потребности в обучении и профессиональном развитии, выявления возможностей повышения качества оказываемой помощи и успешной их реализации. Следует отметить, что респонденты весьма безответственно относятся к своему здоровью. Изучение мнения среднего медицинского персонала дает возможность принять меры по дальнейшему совершенствованию организации медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ РАН ВО ВЛАЖНОЙ СРЕДЕ

Авазов А.А., Шакиров Б.М. Хакимов Э.А.

Самаркандский государственный медицинский Университет,

Ведение: Ожоги кисти и стоп в числе других локализаций стоят на одном из первых мест и среди производственных травм. В течение многих лет применялась тактика ведения ожоговых ран под сухим струпом, однако результаты современных



исследований свидетельствуют о повышении эффективности репарации ожогов в условиях влажной среды. Цель исследования. Расширить знание о возможности влажной среды в регенерации ожоговой раны. Материал и методы исследования: Исследование проводились на данных обследования и лечения 81 пострадавших с глубокими ожогами кистей и стоп. Препараты серебра содержащие препараты наносили на раневые поверхности, после чего конечности помещали в полиэтиленовые пакеты (I группа, n=46). У части больных (II группа, n=35) лечение ран проводили традиционным методом с различными мазями и растворами. Результаты: Первая группа больных вскоре после помещения кисти и стопы в пакеты внутри них возникал так называемый «парниковый эффект». При этом в воздушной смеси внутри пакета имело место повышенное напряжение водяных паров и углекислоты, содержание кислорода было наоборот пониженное. Уже спустя 1 час после начала лечения на внутренней поверхности пакета начинала конденсироваться влага, количество которой постепенно увеличивалось. Через некоторое время на дне пакета появлялась жидкость серо-белого цвета, состоящей из серебра содержащего препарата и раневого экссудата, количество которого постепенно увеличивалось. Наиболее интенсивно истечение экссудата происходило в течение первых суток после травмы, составляя до 400 - 500 мл. В последующие дни количество истекаемой жидкости уменьшалось. Пропотевание жидкости через раневые поверхности прекращалось на 7 до 10 суток. Существенно меньше жидкости выделялось в следующих случаях: если большая часть ран была представлена ожогом III-б степени, или же если кисть или стопа была обожжена частично. Уже на 2-е сутки после начала лечения на поверхности ран обнаруживали толстый слой фибрина. Рана выглядела неопрятно. Фибрин ежедневно удаляли, на раневые поверхности вновь наносили крем и помещали конечности в полиэтиленовые пакеты. Такого рода лечение проводили в течение 7-12 суток, как правило, до момента прекращения истечения раневого экссудата. После этого лечение ран проводили повязками с водорастворимыми мазями. Отметили, что очищение ран от омертвевших тканей происходило, как правило, быстро (в течение 10-14 суток) и безболезненно для больного. Удаление омертвевших слоев происходило в процессе осуществления ежедневных перевязок вместе с налетом фибрина. В сроки от 10 до 14 суток обнажались жизнеспособные сосочки дермы. Было установлено при поражении кожи на уровне сосочков дермы раны заживали в течение 16-18 суток. При обширном глубоком ожоге в области кисти и стопы кожную пластику обычно приводили на 16-17-е сутки после ожога перфорированным или неперфорированным кожным трансплантатом толщиной 0,2–0,3 мм. Во 2-ю группу, которая служила контрольной, вошли 35 больных, поступивших в первые трое суток от момента получения травмы и получавших традиционное лечение. На поверхности ран также выпадал толстый слой фибрина, в относительно ранние сроки происходило очищение ран от омертвевших тканей и завершение эпителизации. Сроки заживления ран были близки к таковым при ведении кисти в пакетах большого размера. Вместе с тем, имели место и отличия. В частности, не происходило столь обильное выделение жидкости через раневые поверхности. Ни в одном случае не отмечено феномена «уменьшения глубины ожога». При обширных глубоких ожогах в области кисти и стопы для ускорения отторжения омертвевших тканей использовали химиотерапевтические растворы.

Пластику обычно выполняли на 22–24-й день после отторжения некротического струпа после ожога перфорированным или неперфорированным кожным трансплантатом толщиной 0,2–0,3 мм. Заключение: Применение серебро содержащего препарата во влажной среде способствует быстрому заживлению поверхностных ожогов кисти и стопы, очищению глубоких ожоговых ран, сокращению сроков лечения и уменьшению количества осложнений.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВО ВРЕМЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Адихамжонов Ш.Б.1, Маматов Б.Ю.2

**Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной
медицинской помощи, АГМИ1 Доцент кафедры анестезиологии -
реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ2 Андижанский
филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи1**

В настоящее время эпидуральная анестезия (ЭА) широко применяются как при открытых, так и эндоскопических хирургических вмешательствах, в том числе и при проведении трансуретральных (ТУ) вмешательств [1, 8, 20]. Известно, что значительная часть ТУ операций осуществляется у лиц пожилого и старческого возраста. В то же время, применение ЭА у геронтологических больных имеет ряд особенностей, обусловленных, в первую очередь, влиянием факторов анестезии на состояние кровообращения [9, 10, 17, 18]. Учитывая вышеизложенное, целью настоящей работы явилось изучение влияния ЭА на показатели гемодинамики при проведении ТУ вмешательств у больных пожилого и старческого возраста. Цель работы. Оценить эффективность и качество ЭА 2% раствором лидокаина (20-28 мл) с добавлением адреналина (1:200000) у пожилых пациентов при выполнении трансуретральной резекции простаты и ее влияние на гемодинамический профиль, сенсомоторный блок и количество осложнений. Материалы и методы. Изучены изменения параметров гемодинамики на этапах анестезии и операции у 27 пациентов в возрасте от 67 до 86 лет. Больным проводились различные ТУ вмешательства. При проведении ТУ вмешательств использовалась техника трансуретральной резекции (ТУР), трансуретральной вапоризации (ТУВ) и трансуретральной литотрипсии. ТУ вмешательства осуществлялись с помощью аппаратов фирмы "Siemens". У больных использовалась ЭА. Пункция эпидурального пространства производилась с помощью техники "потери сопротивления" в области L2-L5 с помощью иглы Tuohy размером 18G. После этого в эпидуральное пространство вводили катетер 20G и продвигали его в краниальном направлении на 3-4 см. В качестве местных анестетиков (МА) использовали 2% раствор лидокаина (20-28 мл) с добавлением адреналина (1:200000).

Контроль за качеством обезболивания проводили на основании оценки глубины сенсорного блока (с помощью 3-х бального теста "pin prick"), латентного периода блокады, определения блокированного верхнего сегментарного дерматома (сегментарный уровень блока), глубины моторного блока (по шкале P.Bromage) и продолжительности анестезии. Оцениваемые нами параметры гемодинамики



регистировались на 4-х этапах исследования: 1-й этап - до анестезии, 2-й этап - перед началом операции, 3-й этап - на середине вмешательства, 4-й этап - после окончания операции. При этом изучали динамику систолического артериального давления (АДсист.), и диастолического АД (АДдиаст.), пульсового АД (АДпульс.), среднего АД (АДсред.), частоты сердечных сокращений (ЧСС), а также индекса "ДхЧ" (произведение АДсист. и ЧСС). Проводился также мониторинг насыщения крови кислородом (SaO₂). Результаты и обсуждение. Наступление гемодинамических расстройств при ЭА начинается позднее, это объясняется необходимостью большего времени для достижения введенного в эпидуральное пространство раствора МА до необходимых для блока спинальных нервных структур. Однако, с другой стороны, при этом проявляется системное действие МА, который постепенно подвергаясь абсорбции в сосуды эпидурального пространства, в свою очередь способствует усилению гипотензии. При ЭА выраженное снижение ЧСС отмечалось в течение всего периода анестезии: на 20,4% - на 2-м этапе, 18,5% - на 3-м этапе и на 11,2% - на 3-м этапе исследования. При ЭА наблюдается более выраженная и продолжительная тенденция к брадикардии, это объясняется отрицательным инотропным влиянием плазменных концентраций МА, так как при ЭА используются большие дозы МА, часть которого постепенно абсорбируется в сосуды эпидурального пространства.

ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ ТУР ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ДГПЖ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ

Адихамжонов Ш.Б.1, Маматов Б.Ю.2

**Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной
медицинской помощи, АГМИ1 Доцент кафедры анестезиологии -
реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ2 Андижанский
филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи1**

Актуальность. Трансуретральная резекция аденомы простаты (ТУР) выполняется преимущественно пожилым людям и спинальная анестезия (СА), как правило, является анестезией выбора при данных вмешательствах. Основной проблемой при выполнении СА у пожилых является снижение резервов ауторегуляции сосудов и повышенная склонность к гипотонии. Плохая переносимость гипотонии пожилыми пациентами диктует необходимость в тщательном подборе дозы местного анестетика, адекватной гидратации и своевременного использования прессорных агентов. Оптимальным подходом является выполнение СА низкими дозами местного анестетика. В качестве альтернативы обычной СА средними дозами бупивакаина (10-15 мг) или лидокаина мы оценили эффективность низкой дозы бупивакаина (4 мг) в комбинации с фентанилом (25 мкг), её воздействие на степень моторного блока, длительность анальгезии, воздействие на гемодинамику и наличие побочных эффектов. Аfferентная (парасимпатическая) иннервация мочевого пузыря осуществляется за счет сегментов S2-S4, симпатическая – от сегментов T11-L2, уретра и простата получают сенсорную иннервацию от крестцовых сегментов S2-S4, что определяет высоту блока при ТУР, достаточного для адекватной анестезии, на

уровне T10. Цель работы. Оценить эффективность и качество СА низкими дозами бупивакаина-фентанила у пожилых пациентов при выполнении трансуретральной резекции простаты и ее влияние на гемодинамический профиль, сенсомоторный блок и количество осложнений. Материалы и методы исследования. Мы исследовали 35 пациентов, которым выполнялась трансуретральная резекция простаты. СА проводилась раствором бупивакаина 0,5% — 0,8 мл (4 мг) + фентанил 0,005% — 0,5 мл (25 мкг) на уровне L3-L4 иглой 22G Quincke. Неинвазивное измерение давления проводилось с интервалом в 5 минут, ЧСС и SpO2 – постоянно. Под гипотензией мы расценивали снижение систолического (среднего) давления ниже 60 мм рт.ст. либо снижение АД более 25% от исходного. Под брадикардией – снижение ЧСС менее 60 в мин. В качестве осложнений отслеживались зуд и тошнота с рвотой – что является наиболее частым осложнением интратекального использования опиоидов. СА низкими дозами бупивакаина-фентанила в большинстве случаев обеспечивала распространенность сенсорного блока до уровня T10 без моторного блока или с незначительным моторным блоком, стабильный гемодинамический профиль и удовлетворительную переносимость медицинского вмешательства пациентами (см. табл.1). Среди пациентов не выявлено побочного эффекта опиоидов в данной дозе. Эпизодов брадикардии зарегистрировано не было (премедикация атропином 0,01 мг/кг).

Таблица

1. Основные показатели эффективности СА низкими дозами бупивакаина-фентанила при выполнении трансуретральной резекции аденомы простаты. Результаты исследования и их обсуждение. 1. Спинальная анестезия низкими дозами бупивакаина с фентанилом обеспечивает достаточный сенсорный блок без существенного влияния на моторный блок.

2. Данный метод анестезии не вызывает значимых гемодинамических сдвигов (гипотензии), не вызывает брадикардии на фоне премедикации атропином. 3. Анестезия низкими дозами бупивакаина-фентанила улучшает комфорт пациента по сравнению с обычной анестезией, поскольку не вызывает полного обездвиживания нижних конечностей.

4. Длительность анестезии достаточна для выполнения стандартной трансуретральной резекции аденомы простаты.

5. Данный тип анестезии является анестезией выбора у пожилых людей, которым выполняется трансуретральная резекция аденомы простаты.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С L-АРГИНИНОМ У
ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ФК II И
СКФ БОЛЕЕ 60 МЛ/МИН**

Ахматова Д.Д., Саидов Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Цель исследования: изучение особенностей воздействия комбинированной терапии с L-аргинином на эндотелиальную функцию и функциональное состояние почек у пациентов со стабильной стенокардией напряжения функционального класса



(ФК) II и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) более 60 мл/мин на фоне стентирования коронарных сосудов.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании было обследовано 66 пациентов, разделенных на две группы: I группа (n=33) получала стандартную терапию и L-аргинин 4,2 г/сут, II группа также состояла из 33 пациентов, но получала только стандартную терапию. Всем пациентам обследовались эндотелиальная функция по методике D. S. Celermajer (1992) с помощью пробы с реактивной гиперемией (РГ) и функциональное состояние почек изначально и в динамике 3-х месячной терапии.

Результаты исследования. У пациентов I группы, получавших терапию с L-аргинином, отмечалось существенное увеличение диаметра сосуда правой плечевой артерии до пробы с РГ на 5,27% ($p<0,05$), в то время как у пациентов II группы — это увеличение составило 3,68% ($p<0,05$) в динамике терапии через 3 месяца. Анализ также выявил различия в реакции плечевой артерии (ПА) на ускорение кровотока после декомпрессии. У пациентов I группы наблюдалось увеличение диаметр ПА после пробы с РГ на 7,28% ($p<0,05$), во II группе - на 4,60% ($p<0,05$) в динамике терапии через 3 месяца. В целом, положительная динамика диаметра сосуда и сдвига эндотелийзависимой вазодилатации была более выражена у пациентов I группы после терапии с L-аргинином.

В контексте функционального состояния почек, обнаружено, что у пациентов I группы после 3-х месяцев лечения замечено значительное улучшение показателей ренальной функции с снижением уровня креатинина крови на 8,71% ($p<0,05$) и увеличением СКФ на 7,46% ($p<0,05$) по сравнению с исходными данными. Выявляемость микроальбуминурии (МАУ) у этих пациентов после лечения составила 15,15%. Также во II группе наблюдалось положительное воздействие стандартной терапии, где креатинин крови снизился на 7,99% ($p<0,05$), а СКФ увеличился на 7,14% ($p<0,05$). Уровень МАУ у пациентов во II группе после лечения составил 21,21%.

Сравнение результатов между группами показало, что уровень креатинина крови в I группе был на 1,99% ниже, а СКФ выше на 4,08% по сравнению с II группой. Встречаемость альбуминурии также значительно снизилась в I группе на 61,54%, в то время как в II группе на 41,67% после применения L-аргинина на фоне стандартной терапии, что выражает более значительное улучшение ренальной функции в I группе.

Вывод. Таким образом, результаты показывают, что комбинированная терапия с L-аргинином способствует улучшению эндотелиальной функции и функционального состояния почек у пациентов со стабильной стенокардией напряжения ФК II и СКФ более 60 мл/мин. Кроме того, проведенное исследование указывает на значительное влияние L-аргинина на показатели реакции эндотелия и параметры ренальной функции у пациентов с ишемической болезнью сердца.



ГАСТРОПАТИЯ: КОРРЕКЦИЯ ПРЕПАРАТОМ БЕНЗКЕТОЗОН

Аллаберганов М.Ю.

**Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии**

В разных частях мира гастропатии являются распространенным заболеванием. Своеобразные патогенетические факторы язвенной болезни обусловило в свое время появление большого числа различных лекарственных препаратов. В этом плане значительный интерес представляет новое соединение – тиосемикарбазон фенилглиоксиловой кислоты, бензкетозон синтезированный в Химико-фармацевтическом научно-исследовательском институте РУз. В исследованиях мы изучали профилактическое и терапевтическое воздействие бензкетазона на патоморфологию ран, получили положительные результаты и опубликовывали часть информации в научных журналах.

Материалы и методы. Для экспериментов использовали белых крыс разных пород весом 170–200 г. Экспериментальная рана была вызвана в желудке крыс по методике А.А. Акимов, Н.В.Лазарёв. На этот метод можно положиться в отношении его надежности и долговременных деструктивных изменений в ране, а также правильной оценки влияния препарата на регенерацию слизистой оболочки желудка. Крыс с язвенной болезнью желудка разделили на 2 группы: бензкетазон вводили перорально металлическим зондом в количестве 75 мг / кг в желудок крыс первой группы и в желудок крыс второй группы тем же способом. Результаты и их обсуждения. Крыс анестезировали обезглавливанием в дни 3, 7 и 10 и исследовали патоморфологию слизистой оболочки желудка. В желудках крыс, которым вводили бензкетазон, небольшое пятно, линейные кровоизлияния были обнаружены на 3-й день, а язвы желудка - на ночь на 7-й день. Многочисленные повреждения, достигающие глубоких мышечных слоев, были обнаружены в желудках крыс в контрольной группе на 3-й день, частота травм снизилась на 7-й день, а отдельные точечные поражения были обнаружены на 10-й день в желудке. Микроскопическое исследование желудка крыс показало дистиркуляторно-деструктивно-некротические изменения в слизистой оболочке желудка крыс в течение 3 дней, кровоизлияния, шелушение слизистой оболочки. Фибриноидный некроз и межклеточный периваскулярный отек развиваются в соединительной ткани, покрытой воспалительно-некротическим детритом и кровянистой массой, доходя до подкожного слоя раневого основания, а в некоторых случаях и до мышечного слоя. Было обнаружено, что ворсинки были удлинены и расширены из-за эпителиальной опухоли, окружающей раневой дефект. На 7-е сутки наблюдения в слизистой оболочке желудка было выявлено несколько раневых дефектов размером 0,5–1 см. Дно раны углублено, конической формы, ведет к мышечному слою, окружность раны утолщается и поднимается над слизистой оболочкой. Микроскопическое исследование показало, что дно раны было покрыто воспалительно-некротическим детритом, периметр которого был удлинен из-за гиперплазии эпителия слизистой оболочки, окружающей деформированные ворсинки. В желудках крыс, получавших бензкетазон, на 10-й день наблюдения отдельные мелкие поверхностные раневые дефекты слизистой оболочки желудка



появляются в виде эрозии и кровоизлияний. Значительный рост ворсинок наблюдался благодаря регенерации окружающего и железистого эпителия вокруг раны.

Влияние бензкетазона на ускорение такого заживления ран можно объяснить его антиоксидантными и противовоспалительными свойствами. Вывод. Изучаемый нами препарат бензкетозон приводит к ускорению репаративной регенерации клеточных элементов в слизистой оболочке. Распространённость Ишемического и Геморрагического инсульта среди населения города Ферганы. Андижанский Государственный Медицинский Институт. Выполнила: Аминжонова Мухлисахон Абдурауфовна. Научный руководитель: Ахмедова Фотима Шавкатовна. Аннотация: Цереброваскулярные заболевания являются одной из актуальных проблем современной медицины. По данным Всемирной организации здравоохранения, это заболевание очень широко распространено во всех странах. Заболеваемость от 1,5 до 7,4 (на 1000 населения), смертность 10-15 процентов, инвалидность 30-35 процентов. В последние годы проблема ишемического инсульта привлекает всеобщее внимание. Ключевые слова: Ишемический инсульт, геморрагический инсульт, Цереброваскулярные заболевания. Цереброваскулярные заболевания являются одной из актуальных проблем современной медицины. По данным Всемирной организации здравоохранения, это заболевание очень широко распространено во всех странах. Заболеваемость от 1,5 до 7,4 (на 1000 населения), смертность 10-15 процентов, инвалидность 30-35 процентов. В последние годы проблема ишемического инсульта привлекает всеобщее внимание. Это характеризуется тем, что в настоящее время фармакология продвинулась к развитию диспансеризации, первичной и вторичной профилактики заболеваний, а в развивающихся странах остается основной причиной смертности и инвалидности 1) 2 часть характеризуется тем, что остается основной причиной цереброваскулярных заболеваний. 6 миллионов за 1 год по всему миру. 20% из них возвращаются к активной жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения, инсульт представляет собой очаговую или глобальную дисфункцию головного мозга и является второй по значимости причиной смерти в течение 24 часов. Инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся поражением тройничного или общего неврологического аппарата. Диагноз заболевания основывается на сердечно-сосудистых и онкологических исследованиях. Причины: Инсульт может быть вызван эмболией или тромбозом. Разрыв мозговой артерии может произойти в результате гипертонической болезни, сердечной недостаточности, инсульта, серьезного оперативного вмешательства.

Цель:

- 1) Выявить основные факторы риска развития острого церебрального инсульта у лиц молодого и пожилого возраста.
- 2) Изучить соотношение геморрагического и ишемического инсульта у женщин и мужчин.
- 3) изучить связь инсультной болезни с профессиональной деятельностью.

Материал: Под нашим наблюдением начиная с января 2022 года до сентября 2022 года было 494 шт истории болезни. Методы исследования: Диагноз ОНМК устанавливался на основании неврологического статуса, данных диагностических тестов, офтальмологического осмотра, исследования гемореологических свойств

крови, состояния липидного обмена крови. Для установления размера и локализации очага проводились КТ(73.5%) Исследования головного мозга, МРТ(24.8) ультразвуковая доплерография(36.4) Цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов(12.9) церебральные ангиографии(6.5) По показаниям проводились ревмопробы , эхокардиография. Всем больным проводилось исследование гемореологии и гемокоагуляции(гематокрит, фибриноген, Фибринолитическая активность, тромбиновое время, толерантность плазмы гепарина, растворимые комплексы фибрин-мономер).

Результаты исследования: 1)Наиболее частыми факторами риска являются: курение(47%), психо-эмоциональное напряжение(30.7%), наследственность, отягощенность по Аги инсульту(26.8%), гиподенания(22.9%), злоупотребление алкоголем(21.2%), гиперлипидемия(17.3%), ТИА(16.7%) избыточное потребление соли (16.2%), ожирение (15%). Факторы риска , которые встречались реже, чем в 10 %случаев- сахарный диабет, употребление наркотиков и прием гормональных контрацептивов.

2) 294 больных с ИИ и ГИ

Возраст	Ишемический инсульт (n=179)				Геморрагический инсульт (n=115)			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	а бс	%	абс	%	абс	%	абс	%
15-24	7	3.9	3	1.67	13	11.56	4	3.47
25-34	39	1.78	19	10.6	19	16.52	9	7.8
35-45	66	36.87	45	25.13	41	35.65	29	25.2
всего	112	62.57	67	37.43	73	63.5	42	36.5

200 больных с ИИ и ГИ

возраст	Ишемический инсульт (n=152)				Геморрагический инсульт (n=48)			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
45-	2	1	5	1	9	34.5	9	4



49	0	9.6		0				7.4
50-59	38	37.3	20	40	7	41.4	7	36.8
60-69	44	43.1	25	50	3	24.1	3	15.8
всего	102	67.1	50	32.9	29	60.4	19	39.6

**И
шем
иче
ски
й
инс
уль
т
диа**

гностирован у 331(67%), а геморрагический инсульт у 163 (33%). По данным было выявлено что мужчины 1.7 раз больше страдают церебральными инсультами. Соотношение ИИ и ГИ составило 1:2.

3)Работники умственного труда составили 31.7 % (n=157) работники физического труда 54.7%(267)на момент возникновения инсульта 70 (14.7%) больных были без работы.

Вывод: В целях профилактики инсульта среди населения необходимо обеспечить безукоризненное проведение мероприятий по лечению инсульта не только в городских, но и в районных медицинских объединениях. Мы сочли необходимым повысить уровень знаний и опыта сотрудников, работающих в этой сфере.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВБИ

**Арабев Ш., Холматова Г.А., Минаваров А.А., Салиева М.Х., Мирзаева М.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В определенных типах стационаров медперсонал подвергается высокому риску заражения различными инфекционными заболеваниями, в том числе гепатитом В и С, ВИЧ-инфекцией. Это отделения реанимации и гнойной хирургии, отделения ВИЧ-инфекции, гемодиализа, станции переливания крови и др. Правильная организация труда играет важную роль в выполнении профессиональных обязательств.

Цель исследования. Нами использованы социально-гигиенические методы исследования, которые позволяют получить адекватную качественную оценку деятельности врачебного персонала по профилактике ВБИ.

Материал и методы исследования. С этой целью было проведено анкетирование врачей многопрофильной клиники. Проанализированы данные опроса 88 врачей.

Результаты исследования. Выявление инфекционных заболеваний в отделениях респонденты связывают в 31,8% - неполный сбор эпиданамнеза медперсоналом, в 20,4% - отсутствие экспресс методов лабораторной диагностики, в 16,0% - безответственность медперсонала приёмного отделения. Нами проведен анализ выполнения функций врачебным персоналом, которые не входят в круг их прямых обязанностей. 62,5% респондентам приходится редко, 5,7%- постоянно, 2,3% -

периодически выполнять функции не входящие в круг прямых обязанностей и 29,5%- не приходится выполнять, значит 70,5% приходится выполнять дополнительные работы ($P<0,05$). Удовлетворяют санитарно-гигиенические условия труда (шум, вентиляция, освещение, санитарное состояние) вполне 47,7% респондентов, частично удовлетворяют – 44,4%, затруднялись ответить - 4,5%, не удовлетворяют -3,4%. Можно заключить, что основную массу медперсонала условия удовлетворяют (92,1%), разница существенна ($P<0,01$). Организация трудового процесса стационаров имеет ряд особенностей, связанных с применением высокотехнологичной медицинской аппаратуры, круглосуточным режимом работы и непосредственным контактом с лекарственными средствами, химическими веществами, инфекционными агентами. Согласно опроса респондентов, структура профессиональных вредностей, с которыми сталкивается врачебный персонал в отделении, такова: психоэмоциональные перегрузки - 50,0%, несколько факторов вместе - 19,3%, бактериологические вредности -12,5%, воздействие химических (в основном дезинфицирующих) препаратов -10,3%, физические перегрузки- 3,4% и нет- 4,5%. Т.е. врачи в 95,5% случаях сталкиваются с профессиональными вредностями, разница существенна ($P<0,01$). Для повышения эффективности и улучшения качества противоэпидемической работы респонденты отметили: повышение обеспечения инструментарием, лекарствами (18,2%), улучшение технического оснащения рабочих мест (17,2%), повышение оплаты труда (11,3%), укрепление дисциплины (3,4%), улучшение взаимоотношений между медперсоналом, администрацией (1,1%), улучшение качества профессионального образования (1,1%). Врачи указали, что на повышение эффективности противоэпидемической работы сестринского персонала влияет профессиональная компетенция (35,2%), организованность (27,3%), качество противоэпидемической работы (5,7%). Респонденты дали оценку методам снижения ВБИ: 21,6% - соблюдение санитарных норм уборки, стерильность и одноразовые инструменты – 14,8%, мытьё рук – 6,8% и др.

Выводы. Анализ характеристики мер профилактики ВБИ выявил, что в 36,3% - это компетентность медперсонала по госпитальной инфекции, в 17,8% -СИЗ, в 9,1% - современное оборудование и реактивы, в 5,7% - контроль над пациентами и их родственниками, в 4,5% - улучшение условий работы медперсонала, в 29,5% - несколько вместе.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Арабьев Ш.А., Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Холматова Г.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. В значительной мере качество стационарной медицинской помощи зависит от сестринских кадров, их профессиональной подготовленности, мотивации деятельности, удовлетворенности своим трудом, правильной расстановки и рационального использования. В условиях социально-экономических преобразований, в период интенсивного развития здравоохранения деятельность



среднего медицинского персонала ПМСП должна соответствовать меняющимся требованиям, предъявляемым населением к качеству оказания медицинской помощи, организации работы персонала. В значительной мере качество стационарной медицинской помощи зависит от сестринских кадров, их профессиональной подготовленности, мотивации деятельности, удовлетворенности своим трудом, правильной расстановки и рационального использования.

Материал и методы исследования. Нами использованы социологические методы исследования, которые позволяют получить адекватную качественную оценку образа жизни. С этой целью было проведено анкетирование среднего медицинского персонала на базе центральной районной больницы села.

Проанализированы данные опроса 60 медсестёр, которые ответили на вопросы, касающиеся сторон их жизни, бытовых условий, отношения к специальности, оценки условий труда. Анкета содержала 48 вопросов.

Результаты исследования.. Опрошенный сестринский персонал состоял в основном из молодых женщин в возрасте от 20 до 30 лет (48,3%). Доля лиц от 31-40 лет составила 11,7%, от 41-50 лет - 28,3% , 51 и старше - 11,7%.

Анализ семейного положения показал, что не состоят в зарегистрированном браке 43,3% медсестер, замужем – 48,3%, разведены – 8,4%. По должности медсестры распределились следующим образом: 99,3% – медсёстры и 6,7% - акушерки. По стажу работы распределение респонденток следующее: у 91,7% - стаж до 3 лет, у 5,0% - от 3 до 5 лет и у 3,3% – свыше 6 лет. Около половины (45%) средних медицинских работников стационара имеют первую и вторую категорию, 21,7% - высшую и 33,3% - не имеют категорию. Большинство опрошенных (78,3%) средних медицинских работников довольны и удовлетворены своей профессией и лишь 21,7% - не довольны. Работают по совместительству 43,3% респонденток, из них в этом учреждении 38,3% и в другом учреждении – 61,7%. На вопрос «Имеются ли необходимые условия для Вашей работы в отделении?» респонденты ответили следующим образом: 28,4% - необходимые условия имеются, 38,3% - не все условия имеются и 33,3% - условий нет. В результате исследования также выявлено, что 46,7% респондентов первоочередным для повышения эффективности и улучшения качества работы сестринского персонала считают повышение оплаты труда и улучшение материального положения, 33,3% - улучшение условий труда, технического оснащения рабочих мест, улучшение обеспечения инструментами и лекарствами, 20% - необходима квалификация.

Выводы. Умение среднего медицинского персонала работать на компьютере и в Интернете создаёт существенный потенциал рационализации труда медицинского персонала, в частности, в создании и внедрении электронного документооборота.



МЫШЕЛКОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДНИМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ ПОСЛЕ РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

**Арипова Г.Э., Умаров Б.А., Кодирова С.У., Отамуродова Г.С.
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт**

Абстрактный. Задний перекрестный прикус является одним из наиболее распространенных нарушений прикуса, с которыми ортодонтам приходится сталкиваться в своей повседневной практике, его распространенность составляет от 7% до 23% [1,2].

Наиболее распространенным типом заднего перекрестного прикуса является односторонний. [3] Функциональный задний перекрестный прикус (ФЗПП) составляет от 80% до 97% всех задних перекрестных прикусов [4,5] и характеризуется несоответствием между центральной окклюзией (ЦО) и центральным соотношением (ЦС). У пациентов с ФЗПП может наблюдаться асимметричное положение мышечков нижней челюсти, которое во время роста, если его не исправить, может привести к морфологической асимметрии [3–6]. Ключевые слова: перекрестный прикус; расширение верхней челюсти; конусно-лучевая компьютерная томография Одним из наиболее распространенных приспособлений, используемых для ранней коррекции этого типа аномалий прикуса, является быстрое расширение верхней челюсти (БРВЧ) [7], поскольку ФЗПП у растущих детей может быть связан с преждевременным контактом молочных зубов из-за дефицита в трансверсальных размерах верхней челюсти, приводящего к смещению нижней челюсти, чтобы компенсировать окклюзию. После расширения верхней челюсти сообщалось о поперечных, вертикальных и передне-задних изменениях верхней и нижней челюсти, таких как вращение плоскости нижней челюсти по часовой стрелке в результате нижнего и заднего положения нижней челюсти при одностороннем перекрестном прикусе и сагиттальных изменениях при двустороннем перекрестном прикусе [7,8]. Протокол предусматривает возможность применения экспандера верхней челюсти как на первых постоянных молярах, так и на вторых молочных молярах, однако расширение верхней челюсти на молочных молярах показало некоторые преимущества, такие как спонтанное вращение (ротация) первых моляров, а также спонтанная ретракция и выравнивание верхних центральных и боковых резцов связанное с расширением первых моляров [9] и положительные эффекты лечения на наклон клыков, такие как уменьшение α -угла [10]. Более того, расширение постоянных моляров может повлиять на их периодонтальную связку и эндодонтический статус [11,12]. Как уже продемонстрировали ряд авторов [13,14], расширение верхней челюсти основано на разделении срединно-небного шва с последующим трансверсальным расширением; однако высокие силы, выраженные во время процесса, вызвали изменения и в окружающих лобно-максиллярном, скуло-максиллярном, скуло-височном и крылонебном швах. Более того, хотя эффекты БРВЧ хорошо документированы, мало что известно о его влиянии на мышечки, которые еще не находятся в фазе пикового роста в возрасте от 6 до 9 лет [15]. В других исследованиях уже сообщалось, как мышечки и суставная ямка могут подвергаться ремоделированию кости после некоторых ортопедических вмешательств, вызывающих изменения в положении



мышцелков [16,17]. Несколько исследований показали, что у пациентов с ФЗПП также наблюдается асимметричное положение мышцелка и смещение нижней челюсти, которые исчезли после лечения БРВЧ [1,18,19]. С другой стороны, в других исследованиях сообщалось о симметричном положении мышцелка до и после лечения БРВЧ [20–22]. Большинство исследований, проведенных за последние годы, было основано на 2D-анализе [1–23] или магнитном резонансе [24,25], тогда как 3D-анализ стал использоваться в последнее время [20–22], что отчасти может быть причиной несоответствия результатов разных исследований. В других исследованиях уже анализировались изменения положения мышцелков после расширения первых постоянных моляров, но ни одно из них не проводилось на молочных вторых молярах. Матта и др. [18] проанализировали положение мышцелков до лечения и через 12 недель с помощью традиционной томографии и, согласно их исследованию, мышцелки представляли собой асимметричное положение, измененное БРВЧ, способствующее большей пространственной симметрии между двумя сторонами. Леонарди и др. [19] проанализировали положение мышцелка с помощью традиционной томографии после расширения первых постоянных моляров у пациентов с ФЗПП, и их результаты показали, что до БРВЧ мышцелки были симметричными, и лечение способствовало увеличению суставных промежутков, сохраняя симметрию взаимоотношений мышцелка и ямки сустава. Мельгасо и др. [20] и Ghoussub и др. [21] оценили мышцелковую реакцию до и после расширения постоянных моляров с помощью КЛКТ у пациентов, нуждающихся в расширении, но без перекрестного прикуса, и у пациентов с двусторонним перекрестным прикусом соответственно. В обоих случаях положение мышцелков было симметричным до и после лечения, но претерпело некоторые позиционные изменения. Маклеод и др. [25] оценивали мышцелки до и после расширения первого верхнечелюстного расширения постоянных моляров у пациентов с ФЗПП и не обнаружили статистически значимых изменений, поэтому БРВЧ не изменило положение мышцелка. Расхождение между результатами некоторых предыдущих исследований может быть частично оправдано из-за различных используемых методов, таких как магнитный резонанс, использованный Аратом и др. [23,24] или транскраниальные рентгенограммы, использованные Кесик и др. [1] и Майерс и др. [22]. У растущих пациентов с односторонним задним функциональным перекрестным прикусом изменения в положении мышцелка после БРВЧ между сторонами перекрестного и неперекрестного прикуса не были клинически значимыми. Лечение БРВЧ рекомендуется при наличии дефицита верхней челюсти, но оно не всегда связано с клинически значимой репозицией мышцелков нижней челюсти, даже несмотря на то, что небольшие изменения в мышцелках могут отражаться на изменениях окклюзии.



КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Арифходжаев А.Т., Сахибова М.Ж., Бахавадинова З.М.
Андижанский государственный медицинский институт.**

Актуальность. 99% наблюдений острого стеноза гортани у детей младшего возраста приходится на ларинготрахеит при острых респираторных вирусных инфекциях (ОРВИ). Сужение просвета гортани и трахеи обусловлено следующими компонентами: отеком и инфильтрацией слизистой оболочки, спазмом мышц гортани и трахеи, гиперсекрецией желез слизистой оболочки трахеи и бронхов, скоплением густого слизисто-гнойного отделяемого. Цель исследования: изучение особенностей современного течения острого ларинготрахеита у детей, а также оценка основных принципов купирования острого ларинготрахеита у детей на современном этапе.

Материалы и методы. Для анализа было отобрано 53 историй болезни детей, госпитализированных в ОДММЦ г Андижана в отделение ОРИТ, в период с сентября по июль 2022-2023 года включительно. Проведенный анализ установил, что наиболее уязвимым возрастом для заболевания острым ларинготрахеитом являются 1 - 3 годы жизни - это 46 % детей от общего числа, затем идут дети от 3 до 5 лет – 24,8 %. Наименее подвержены острому ларинготрахеиту дети до года – 18 % и дети старше 5 лет - 12,5 %. Повторные эпизоды острого ларинготрахеита зарегистрированы у 24 % детей, рецидивирующее течение ларинготрахеита выявлено у 2 % детей. У 23 % детей установлен отягощенный аллергический анамнез: при этом у 52% детей, с отягощенным аллергическим анамнезом наблюдалась пищевая аллергия, у 48 % - лекарственная аллергия, и у 12 % другие виды аллергий (поллиноз, аллергия на солнечный свет и т.д.). Отмечено, что у 6 % детей имеется склонность к частым ОРВИ, ОРЗ, бронхитам. В результате данного исследования установлено, что давность заболевания до госпитализации составляет в основном 1 - 2 суток – 58 %, дети, госпитализированные на 3 сутки, составили - 21,5 %, а дети, госпитализированные позже 3-х суток после начальных проявлений составили 20,01 %. Причем установлено, что до госпитализации 23 % детей в качестве лечения получали противовирусные препараты, 5,8 % детей получали антибиотики, 12 % детей - глюкокортикостероиды, 59,06 % детей не получали медикаментозного лечения. Также в ходе анализа установлено, что 72 % детей были госпитализированы скорой помощью, 15,34 % детей были направлены на госпитализацию педиатром, 6,9 % детей были госпитализированы после самостоятельного обращения родителей в детское инфекционное отделение. Неотложная помощь до госпитализации была оказана: скорой медицинской помощью – 31,3 % детей, педиатром - 3 %. Острый ларинготрахеит без стеноза гортани зарегистрирован у 27,4 % детей, со стенозом 1 степени у 69,02 % детей, 3,6 % - со стенозом 2 степени. По степени тяжести заболевания: у 95,08 % детей заболевание протекало со средней степенью тяжести, у 1,2 % детей наблюдалась тяжелое течение. Длительность пребывания в стационаре: 51 % детей находились в стационаре больше 3 дней, 26,5 % детей находились в стационаре от 0 до 1 дня, 28 % детей - до 3 дней. За время нахождения в стационаре 69 % детей получали гормоны: в виде ингаляций – 40% детей, внутримышечно –



27 %, per os 35 %. Антибиотики получали 85,5 % детей. С полностью купированным ОЛТ выписано – 87 % детей, 13 % детей выписаны с положительной динамикой. У 1 % детей также наблюдалась пневмония, у 36 % - другие сопутствующие заболевания.

Выводы. Данное статистическое исследование отражает особенности течения острого ларинготрахеита у детей, его клинические особенности, выявляет наиболее уязвимый возраст детей по данному заболеванию, а также отражает современные, наиболее предпочитаемые подходы и принципы лечения данного заболевания и наиболее частые его исходы.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ

Арифходжжанев А.Т., Ганиев А.Г., Баховитдинова З.М., Сахибова М.Ж.
Андижанский государственный медицинский институт.

Цель исследования. Это и послужило основанием для проведения настоящих исследований, основной целью которых являлось изучение особенностей функционального состояния сердечно-сосудистой системы и вегетативного статуса у детей и подростков мужского пола от 7 до 15 лет, а также внутри- и межсистемных взаимосвязей регистрируемых параметров. **Результаты и обсуждения.** Согласно результатам проведенных исследований, реакция сердечнососудистой системы на физические нагрузки в возрастном диапазоне от 7 до 15 лет в основном определяется приростом частоты сердечных сокращений, которая, в свою очередь, зависит от исходных значений пульса в состоянии покоя. В этом плане особо неблагоприятным является возраст 13-14 лет. Наиболее высокая потребность миокарда в кислороде регистрируется в 7, а также в 13-15 лет. При анализе электрокардиограмм у современных детей и подростков особое внимание следует уделять продолжительности интервала QT, а также отношению амплитуды зубца R к амплитуде зубца T в левых грудных отведениях. Подобные изменения характеризуют метболические изменения в миокарде, что обуславливает необходимость углубленного обследования на предмет выявления очагов хронической инфекции, нарушений вегетативного статуса, дефицита определенных витаминов, минеральных веществ, микроэлементов, передозировки физических нагрузок и т. п. Применительно к детям, имеющим феномен укороченного интервала PQ, обязательно исключение функционирования дополнительных проводящих путей, повышения тонуса симпатического отдела, гиповитаминоза, артериальной гипертензии и ряда других факторов. Отдельного внимания заслуживают дети и подростки с высоким зубцом R в отведении VI. Интерпретация подобных изменений нередко вызывает серьезные трудности. Опираясь на последние данные литературы, высокий зубец R в отведении VI нередко регистрируется при наличии патологии папиллярных мышц. В связи с этим, подобные дети должны быть целенаправленно обследованы путем использования метода эхокардиографии. Вегетативный статус в возрастном диапазоне от 7 до 15 лет значимых изменений не претерпевает. Исключение составляет возраст 12 лет, когда, согласно полученным данным, которые не

совпадают с традиционными представлениями, имеет место повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. При этом установлено, что между различными методами оценки функционального состояния вегетативной нервной системы в данном возрастном диапазоне корреляционные взаимосвязи носят неоднозначный характер. В частности, исходя из полученных результатов, для оценки вегетативного статуса могут быть использованы: в возрасте 7 лет - частота сердечных сокращений в состоянии покоя, индекс Кердо и колеблемость интервалов RR; в возрасте 8 лет - частота сердечных сокращений и колеблемость интервалов RR; в 9 лет - индекс Кердо, результаты активной одноминутной ортостатической пробы и колеблемость интервалов RR; в 13 и 14 лет - частота сердечных сокращений и колеблемость интервалов RR. Наиболее высокие значения общей физической работоспособности наблюдаются у детей 9-12 лет. В 13 лет происходит резкое падение относительных значений общей физической работоспособности, которые и к 15-летнему возрасту не достигают уровня 12 лет. Выводы. В возрасте 13-15 лет необходимо снижение уровня физических нагрузок, направленных на развитие выносливости. Использование индекса Руффье в целях оценки общей физической работоспособности в возрастном диапазоне от 7 до 15 лет неправомерно. Специалисты, работающие с детьми и подростками, должны учитывать полученные данные в плане организации их двигательной активности и оценки функционального состояния ведущих систем организма.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМУСА В НОРМЕ И ПРИ ВЛИЯНИИ ГЕННО-МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОДУКТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

1Атоева М.О., 2Хасанова Д.А. 1

**Студент II курса лечебного факультета 2Научный руководитель: Д.м.н. (Dsc),
профессор**

Бухарский государственный медицинский институт.

Введение. Изменения иммунной системы играют одну из главных ролей в старение организма и росте частных возрастных заболеваний. В процессе нормального старения и в большей степени патологического старения наиболее сильно изменяется тимусзависимое звено иммунной системы, включающее в себя как сам тимус, так и популяции развивающихся в нем Т-клеток. Тимус является важным звеном иммунной защиты, функция которого направлена на поддержание пула периферических Т-лимфоцитов.

Цель: Изучение и оценка влияния ГМ-продукта на морфологические параметры тимуса лабораторных животных в эксперименте.

Материалы и методы. Изучено действие генетически модифицированных продуктов (ГМ-продукты) на крыс и проведен морфологический анализ тимуса с учетом его различных вариантов, а также морфофункциональных форм. Воздействие ГМ-продуктов на тимус приводит к избирательному поражению между паренхимой и стромой, вероятно в основе этих изменений лежит специфическая реакция тимуса в ответ на локальное введение ГМО, которое приводит к ослаблению иммунитета

организма, возникновению аллергических реакций, формированию резистентности к антибиотикам, снижению эффективности лечения заболеваний, развитию патологий, связанных с процессом кумуляции в организме человека после употребления. Исследования проводились в Бухарском медицинском институте в ЦНИЛ. Материалом для исследования служили взятые биопсии.

Результаты проверки и обсуждение. Результаты морфологических исследований показали, что у крыс при использовании ГМО часто встречается патологические изменения. Существование различных изменений в тимусе при использовании ГМО необходимо учитывать при выборе лечения, а также программы профилактики как иммунодефицитных состояний, так и ее осложнений.

Выводы: Воздействие ГМО на тимус приводит к избирательному поражению между паренхимой и стромой, вероятно в основе этих изменений лежит специфическая реакция тимуса в ответ на локальное введение ГМО, которое приводит к ослаблению иммунитета организма, возникновению аллергических реакций, формированию резистентности к антибиотикам, снижению эффективности лечения заболеваний, развитию патологий, связанных с процессом кумуляции в организме человека после употребления.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ.

Аннотация. В данной статье рассматриваются циклические изменения тонкой структуры эпителиальных клеток эндометрия человека. Матка — это часть женского репродуктивного тракта, которая выделяет или подготавливает сперму к оплодотворению и обеспечивает имплантацию и рост эмбриона. Матка состоит из внутренней слизистой оболочки, эндометрия, гладкомышечного слоя или миометрия и неполного наружного серозного покрова. Эндометрий состоит из просветной эпителиальной выстилки и подлежащей соединительнотканной стромы. Матка реагирует на стероиды яичников, которые циклически регулируют ткани. Эпителиальный покров полости матки погружается в строму, образуя маточные железы.[1] Эпителий поверхности и железы, следовательно, идентичны, но клетки поверхности претерпевают меньше циклических изменений, чем железистые клетки. Таким образом, эпителий матки представляет собой динамичную ткань, претерпевающую предсказуемые циклические изменения в результате гормонального воздействия. Ключевые слова: эндометрий, фертильность, строма, миометрий, морфологические изменения.

MORPHOMETRIC FEATURES OF THE ENDOMETRIUM IN FERTILITY DISORDERS.

Akhmadzhonova G., Ph.D.

Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology №. 2 Khojaeva

D.B. master degree

Andijan State Medical Institute

Annotation. This article examines the cyclic changes in the fine structure of human endometrial epithelial cells. The uterus is the part of the female reproductive tract that



secretes or prepares sperm for fertilization and allows embryo implantation and growth. The uterus consists of an inner mucosa, endometrium, smooth muscle layer or myometrium, and an incomplete outer serous layer. The endometrium consists of a luminal epithelial lining and underlying connective tissue stroma. The uterus responds to ovarian steroids, which cycle the tissue. The epithelial cover of the uterine cavity is immersed in the stroma, forming the uterine glands. The surface epithelium and the gland are therefore identical, but the surface cells undergo fewer cyclic changes than the glandular cells. Thus, the uterine epithelium is a dynamic tissue that undergoes predictable cyclic changes as a result of hormonal influences. Key words: endometrium, fertility, stroma, myometrium, morphological changes. Снижение женской фертильности имеет множество причин, среди которых на долю маточного фактора в изолированном или сочетанном варианте приходится от 12 до 62 %. Известно, что частота встречаемости патологических изменений эндометрия при бесплодии достигает 88 %, при неэффективных попытках ЭКО — 77,5 % [1]. Наличие внутриматочной патологии является независимым фактором риска бесплодия, увеличивающим его вероятность в 4 раза. Эти данные подтверждают данные о ключевой роли эндометрия в имплантации и плацентации [2]. Поражение эндометрия сопровождается стертой клинической картиной, что представляет сложности в диагностике. Литературные данные о диагностике хронического эндометрита противоречивы, не смотря на использование гистероскопии, гистологического исследования эндометрия, хронический эндометрит остается трудно выявляемым заболеванием [3]. Таким образом, актуальным является вопросы исследования морфологического состояния эндометрия у женщин с патологией репродуктивной системы. Материал и методы исследования. Обследованы 40 пациенток репродуктивного возраста. Биопсию эндометрия у пациенток производили на 5–7 день менструального цикла с помощью аспирационной кюретки ProfiCombi (Симург, Беларусь). Методом иммуноферментного анализа оценена концентрация АМГФ — альфа-2-микроглобулина фертильности в сыворотке крови 21–22 день менструального цикла.

Патогистологическое исследование проводилось на 40 биоптатах эндометрия. Полученный материал фиксировали в 10 % растворе формалина забуференного по Лилли (рН 7,34) в течение 48 ч. Полученный материал фиксировали в 10 % растворе забуференного формалина в течение 24–36 ч. Затем производилась гистологическая вырезка патологоанатомических препаратов и помещение в гистологические кассеты. Проводка полученного материала производилась на тканевом процессоре Microm STP-120 (Thermo Scientific, Германия) Проведенный материал заливали в парафиновые блоки. На ротаторном микротоме Microm HM 304 E (Thermo Scientific, Германия) из парафиновых блоков изготавливали срезы толщиной 3–4 мкм, которые в дальнейшем монтировались на предметные не силанизированные стекла (Минимед, РФ). В качестве центральной тенденции всех количественные показатели представлены в виде медианы (Me), в качестве квартильной оценки — нижний (0,25) и верхней квартили. Результаты представлены в виде (0,25–0,75). Анализ данных проводился с прикладного программного пакета «Statistica» 10.0. При анализе качественных признаков в группах сравнения использовали непараметрический критерий Фишера. Оценку статистической значимости показателей считали достоверной при $p < 0,05$.



Результаты исследования. Все обследованные пациентки разделены на две группы — в основную группу вошли 21 ($52,5 \pm 7,9$ %) пациентка с нарушением репродуктивной функции, 19 ($47,5 \pm 7,9$ % пациенток без патологии репродукции составили группу сравнения. Среди пациенток основной группы у 11 ($52,38 \pm 11,2$ %) было бесплодие, у 5 ($23,81 \pm 9,52$ %) замершая беременность, у 5 ($23,81 \pm 9,52$ %) самопроизвольный выкидыш. При изучении особенностей соматического анамнеза выявлено, что среди пациенток с нарушениями репродуктивной функции отмечается достоверно частое увеличение частых обострений простудных заболеваний $16 (76,19 \pm 9,29 \%, p = 0,003)$. Таким образом, статистически значимыми клиническими факторами в развитии нарушений репродуктивной функции являются частые простудные заболевания. Среди гинекологических заболеваний хронический сальпингоофорит встречался у 3 ($14,29 \pm 7,65$ %) пациенток основной группы и у 1 ($5,26 \pm 5,2$ %) — группы сравнения ($p = 0,18$).

При морфологическом исследовании эндометрия пациенток основной группы, секреторный тип выявлен у 15 ($71,43 \pm 9,86$ %), гиперпластический тип эндометрия — у 6 ($28,57 \pm 9,86$ %). У всех пациенток группы сравнения тип эндометрия был секреторным. При микроскопии секреторного типа эндометрия медиана пиноподий составляла $53,7$ % ($48,7-59,9$ %). У пациенток с гиперпластическим эндометрием медиана была $34,4$ % ($30,1-37,9$ %). При сравнении пиноподий между секреторным типом и гиперпластическим наблюдалась статистически значимая разница ($p < 0,001$; $z = -4,89$). В секреторном эндометрии отмечались участки выпячиваний цитоплазмы поверхностного эпителия на почти половине длины. При гиперпластических изменениях эндометрия наблюдалось отсутствие данных изменений, что косвенно может говорить о нарушении рецепторного статуса эндометрия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С L-АРГИНИНОМ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ФК II И СКФ БОЛЕЕ 60 МЛ/МИН

Ахматова Д.Д., Саидов Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Цель исследования: изучение особенностей воздействия комбинированной терапии с L-аргинином на эндотелиальную функцию и функциональное состояние почек у пациентов со стабильной стенокардией напряжения функционального класса (ФК) II и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) более 60 мл/мин на фоне стентирования коронарных сосудов.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании было обследовано 66 пациентов, разделенных на две группы: I группа ($n=33$) получала стандартную терапию и L-аргинин 4,2 г/сут, II группа также состояла из 33 пациентов, но получала только стандартную терапию. Всем пациентам обследовались эндотелиальная функция по методике D. S. Celermajer (1992) с помощью пробы с реактивной гиперемией (РГ) и функциональное состояние почек изначально и в динамике 3-х месячной терапии.

Результаты исследования. У пациентов I группы, получавших терапию с L-аргинином, отмечалось существенное увеличение диаметра сосуда правой плечевой артерии до пробы с РГ на 5,27% ($p<0,05$), в то время как у пациентов II группы — это увеличение составило 3,68% ($p<0,05$) в динамике терапии через 3 месяца. Анализ также выявил различия в реакции плечевой артерии (ПА) на ускорение кровотока после декомпрессии. У пациентов I группы наблюдалось увеличение диаметр ПА после пробы с РГ на 7,28% ($p<0,05$), во II группе - на 4,60% ($p<0,05$) в динамике терапии через 3 месяца. В целом, положительная динамика диаметра сосуда и сдвига эндотелийзависимой вазодилатации была более выражена у пациентов I группы после терапии с L-аргинином.

В контексте функционального состояния почек, обнаружено, что у пациентов I группы после 3-х месяцев лечения замечено значительное улучшение показателей ренальной функции с снижением уровня креатинина крови на 8,71% ($p<0,05$) и увеличением СКФ на 7,46% ($p<0,05$) по сравнению с исходными данными. Выявляемость микроальбуминурии (МАУ) у этих пациентов после лечения составила 15,15%. Также во II группе наблюдалось положительное воздействие стандартной терапии, где креатинин крови снизился на 7,99% ($p<0,05$), а СКФ увеличился на 7,14% ($p<0,05$). Уровень МАУ у пациентов во II группе после лечения составил 21,21%. Сравнение результатов между группами показало, что уровень креатинина крови в I группе был на 1,99% ниже, а СКФ выше на 4,08% по сравнению с II группой. Встречаемость альбуминурии также значительно снизилась в I группе на 61,54%, в то время как в II группе на 41,67% после применения L-аргинина на фоне стандартной терапии, что выражает более значительное улучшение ренальной функции в I группе.

Вывод. Таким образом, результаты показывают, что комбинированная терапия с L-аргинином способствует улучшению эндотелиальной функции и функционального состояния почек у пациентов со стабильной стенокардией напряжения ФК II и СКФ более 60 мл/мин. Кроме того, проведенное исследование указывает на значительное влияние L-аргинина на показатели реакции эндотелия и параметры ренальной функции у пациентов с ишемической болезнью сердца.

СОСТОЯНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОМ ХОЛЕСТАЗЕ.

**Ахмедов К.Х., Болтаева Ш.З., Кабулов Б.Д.
Ташкентская медицинская академия Термезский филиал**

Цель исследования. Изучить микрогемодинамику печени при раннем сроке экспериментального внепеченочного холестаза.

Материалы и методы исследования: Эксперименты проведены на 36 белых беспородных крысах-самцах смешанной популяции с исходной массой 180-200 гр., содержащихся в лабораторном рационе в условиях вивария. У 24 крыс воспроизводили внепеченочный холестаз путем перевязки общего желчного протока. Общая летальность в данной группе составила 30,3%. Контролем служили ложноперированные животные (8 крысы), которым проводили только лапаротомию

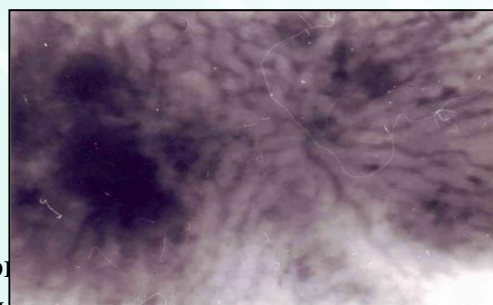
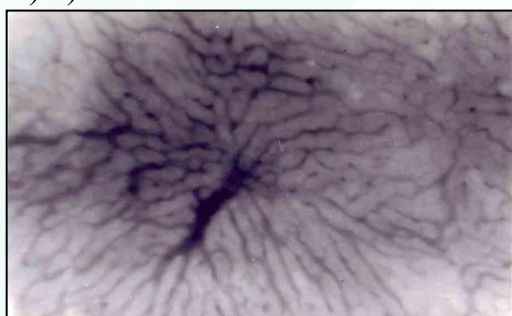
в асептических условиях. В этих группах летальности не наблюдалось. Интактную группу составили 4 крысы. Исследования проводили через 1, 3 суток после воспроизведения моделей. Биомикроскопическое исследование микроциркуляторного русла печени подопытных животных осуществлялось люминесцентным микроскопом «ЛЮМАМ-ИЗ» с использованием контактного объектива 10х0,40 и 25х0,40 [33]. Прижизненная биомикроскопия проводилась под общим тиопенталовым наркозом в дозе 70 мг/кг массы тела животного. Брюшную полость вскрывали круговым разрезом ниже рёберной дуги. Наркотизированных животных фиксировали на манипуляционном столике с нагревательным устройством, поддерживающим постоянную температуру тела (37°C). Для уменьшения печени движениями диафрагмы между печенью и диафрагмой вводили специальной фиксируемое зеркало. Для поддержания влажности исследуемой поверхности органы постоянно орошали физиологическим раствором NaCl 0,9%. Результаты исследования фотографировались.

Результаты и их обсуждение: При люминесцентной биомикроскопии ткань печени интактных животных представляется зеленовато-голубой, а сосуды имеют темный оттенок. В поле зрения хорошо видны портальные вены, от которых веером отходят часто ветвящиеся и анастомозирующие между собой синусоиды (рис 1).

Стенки всех сосудов микроциркуляторного русла печени имеют четкие, ровные границы. Кровоток в элементах микроциркуляторного русла печени интактных животных носит непрерывный, струйный характер.

В контрольной группе крыс, которым проводилась только лишь лапаротомия, микроциркуляторное русло печени отреагировало незначительным расширением синусоидов и центральных собирательных венул, мелкозернистым характером кровотока, некоторым замедлением ее скорости в них по сравнению с интактной группой животных. Начавшись в первые сутки, к 3 суткам изменения несколько усугубились.

а) б)



куляторно
животных увеличение х 75

У животных с перевязкой общего желчного протока, в отличие от животных контрольной группы выявлены существенные изменения в системе периферического кровообращения печени. Изменения проявлялись комплексом внутрисосудистых, сосудистых и паравасальных изменений. Исход первых суток эксперимента характеризовался бурым оттенком и некоторым уплотнением паренхимы печени. Микроскопически ангиоархитектоника печени в целом сохранена. Имеет место потеря четкости контура сосудов, отдельные сосуды в поле зрения не функционируют, заполнены застойной кровью. К 3 суткам эксперимента печень резко увеличена в объеме, консистенция ее уплотнена, поверхность бугристая, имеют место

также мелкоочечные субкапсулярные кровоизлияния. При биомикроскопии ангиоархитектоника печени нарушена из-за заметного увеличения площади дистрофических изменений паренхимы в виде очагов постгеморрагической организации, обуславливающей дезорганизацию микрососудистого русла, деформирование синусоидов. Границы сосудов размыты, отдельные синусоиды заполнены застойной кровью, резко расширены. Межсинусоидальные анастомозы также расширены за счет застойной крови (рис 2). Отдельные участки паренхимы по характеру перфузируемости резко отличаются, что придает микроциркуляторной картине оттенки мозаичности. Так, наблюдается вазоконстрикция и уменьшение числа функционирующих терминальных печеночных венул и синусоидов, различное их кровенаполнение.

ВЫВОДЫ: Развитие внепеченочного холестаза нарушает системную микроциркуляцию печени, практически на всех уровнях организации. Нарушения усугубляются по мере длительности обтурации желчного протока. Эти нарушения проявляются в виде полнокровий последующим кровоизлиянием в паренхиму, синдромом Сладжа.

СОСТОЯНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОМ ХОЛЕСТАЗЕ.

**Ахмедов К.Х., Ахмадова Д.К., Болтаева Ш.З., Кабулов Б.Д.
Ташкентская медицинская академия Термезский филиал**

Цель исследования. Изучить микрогемодинамику печени при раннем сроке экспериментального внепеченочного холестаза.

Материалы и методы исследования: Эксперименты проведены на 36 белых беспородных крысах–самцах смешанной популяции с исходной массой 180-200 гр., содержащихся в лабораторном рационе в условиях вивария. У 24 крыс воспроизводили внепеченочный холестаз путем перевязки общего желчного протока. Общая летальность в данной группе составила 30,3%. Контролем служили ложнооперированные животные (8 крысы), которым проводили только лапаротомию в асептических условиях. В этих группах летальности не наблюдалось. Интактную группу составили 4 крысы. Исследования проводили через 1, 3 суток после воспроизведения моделей. Биомикроскопическое исследование микроциркуляторного русла печени подопытных животных осуществлялось люминесцентным микроскопом «ЛЮАМ-ИЗ» с использованием контактного объектива 10x0,40 и 25x0,40 [33]. Прижизненная биомикроскопия проводилась под общим тиопенталовым наркозом в дозе 70 мг/кг массы тела животного. Брюшную полость вскрывали круговым разрезом ниже рёберной дуги. Наркотизированных животных фиксировали на манипуляционном столике с нагревательным устройством, поддерживающим постоянную температуру тела (37°C). Для уменьшения печени движениями диафрагмы между печенью и диафрагмой вводили специальной фиксируемое зеркало. Для поддержания влажности исследуемой поверхности органы постоянно орошали физиологическим раствором NaCl 0,9%. Результаты исследования фотографировались.

Результаты и их обсуждение: При люминесцентной биомикроскопии ткань печени интактных животных представляется зеленовато-голубой, а сосуды имеют темный оттенок. В поле зрения хорошо видны портальные венулы, от которых веером отходят часто ветвящиеся и анастомозирующие между собой синусоиды (рис 1).

Стенки всех сосудов микроциркуляторного русла печени имеют четкие, ровные границы. Кровоток в элементах микроциркуляторного русла печени интактных животных носит непрерывный, струйный характер.

В контрольной группе крыс, которым проводилась только лишь лапаротомия, микроциркуляторное русло печени отреагировало незначительным расширением синусоидов и центральных собирательных венул, мелкозернистым характером кровотока, некоторым замедлением ее скорости в них по сравнению с интактной группой животных. Начавшись в первые сутки, к 3 суткам изменения несколько усугубились.

а) б)



микроциркуляторно
животных увеличение x 75

У животных с перевязкой общего желчного протока, в отличие от животных контрольной группы выявлены существенные изменения в системе периферического кровообращения печени. Изменения проявлялись комплексом внутрисосудистых, сосудистых и паравазальных изменений.

Исход первых суток эксперимента характеризовался бурым оттенком и некоторым уплотнением паренхимы печени. Микроскопически ангиоархитектоника печени в целом сохранена. Имеет место потеря четкости контура сосудов, отдельные сосуды в поле зрения не функционируют, заполнены застойной кровью.

К 3 суткам эксперимента печень резко увеличена в объеме, консистенция ее уплотнена, поверхность бугристая, имеют место также мелкоточечные субкапсулярные кровоизлияния. При биомикроскопии ангиоархитектоника печени нарушена из-за заметного увеличения площади дистрофических изменений паренхимы в виде очагов постгеморрагической организации, обуславливающей дезорганизацию микрососудистого русла, деформирование синусоидов. Границы сосудов размыты, отдельные синусоиды заполнены застойной кровью, резко расширены. Межсинусоидальные анастомозы также расширены за счет застойной крови (рис 2).

Отдельные участки паренхимы по характеру перфузируемости резко отличаются, что придает микроциркуляторной картине оттенки мозаичности. Так, наблюдается вазоконстрикция и уменьшение числа функционирующих терминальных печеночных венул и синусоидов, различное их кровенаполнение.

ВЫВОДЫ: Развитие внепеченочного холестаза нарушает системную микроциркуляцию печени, практически на всех уровнях организации. Нарушения

усугубляются по мере длительности обтурации желчного протока. Эти нарушения проявляются в виде полнокровий последующим кровоизлиянием в паренхиму, синдромом Сладжа.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОБТУРАЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

**Ахмедов К.Х., Абдурахмонова Х.Ш., Бобоназарова Л.Б., Султонов А.Д.
Ташкентская медицинская академия Термезский филиалию**

Цель исследования. Исследовать микрогемодинамику изменений печени при длительном обтурации желчного протока у экспериментальных крыс.

Материалы и методы исследования: Эксперименты проведены на 36 белых беспородных крысах–самцах смешанной популяции с исходной массой 180-200 гр., содержащихся в лабораторном рационе в условиях вивария. У 24 крыс воспроизводили внепеченочный холестаз путем перевязки общего желчного протока. Общая летальность в данной группе составила 30,3%. Контролем служили ложнооперированные животные (8 крысы), которым проводили только лапаротомию в асептических условиях. В этих группах летальности не наблюдалось. Интактную группу составили 4 крысы. Исследования проводили через 1, 3 суток после воспроизведения моделей. Биомикроскопическое исследование микроциркуляторного русла печени подопытных животных осуществлялось люминесцентным микроскопом «ЛЮМАМ–ИЗ» с использованием контактного объектива 10х0,40 и 25х0,40.

Результаты и их обсуждение: При исследовании в поздних сроках выявлено что, кровоток прерывистый, крупнозернистый за счет агрегатов, резко замедлен. По мере увеличения длительности холестаза и нарастания гипертензии в желчных протоках к 7 суткам расстройства микроциркуляции прогрессировали, что выражалось в развитии, так называемой, «мускатной» печени. При биомикроскопии нарушения ангиоархитектоники к данному сроку исследований еще более усугубились. Это, прежде всего, проявилось увеличением степени структурной дезорганизации и дезориентацией элементов микрососудистого русла печеночной паренхимы. Возросла площадь дегенеративных преобразований в печени, как за счет роста числа облитерированных и деформированных микрососудов, так и за счёт склеротических изменений самой паренхимы (рис 1) Кровоток в функционирующих микрососудах резко замедлен из-за резко выраженных явлений агрегации и адгезии форменных элементов крови. Распространены престатические явления в виде маятникообразного характера тока крови.

МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОБТУРАЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

**Ахмедов К.Х., Бобоназарова Л.Б., Султонов А.Д.
Ташкентская медицинская академия Термезский филиали.**

Цель исследования. Исследовать микрогемодинамику изменений печени при длительном обтурации желчного протока у экспериментальных крыс.

Материалы и методы исследования: Эксперименты проведены на 36 белых беспородных крысах–самцах смешанной популяции с исходной массой 180-200 гр., содержащихся в лабораторном рационе в условиях вивария. У 24 крыс воспроизводили внепеченочный холестаз путем перевязки общего желчного протока. Общая летальность в данной группе составила 30,3%. Контролем служили ложнооперированные животные (8 крысы), которым проводили только лапаротомию в асептических условиях. В этих группах летальности не наблюдалось. Интактную группу составили 4 крысы. Исследования проводили через 1, 3 суток после воспроизведения моделей. Биомикроскопическое исследование микроциркуляторного русла печени подопытных животных осуществлялось люминесцентным микроскопом «ЛЮМАМ–ИЗ» с использованием контактного объектива 10x0,40 и 25x0,40.

Результаты и их обсуждение: При исследовании в поздних сроках выявлено что, кровоток прерывистый, крупнозернистый за счет агрегатов, резко замедлен. По мере увеличения длительности холестаза и нарастания гипертензии в желчных протоках к 7 суткам расстройства микроциркуляции прогрессировали, что выражалось в развитии, так называемой, «мускатной» печени. При биомикроскопии нарушения ангиоархитектоники к данному сроку исследований еще более усугубились. Это, прежде всего, проявилось увеличением степени структурной дезорганизации и дезориентацией элементов микрососудистого русла печеночной паренхимы. Возросла площадь дегенеративных преобразований в печени, как за счет роста числа облитерированных и деформированных микрососудов, так и за счёт склеротических изменений самой паренхимы (рис 1) Кровоток в функционирующих микрососудах резко замедлен из-за резко выраженных явлений агрегации и адгезии форменных элементов крови. Распространены престатические явления в виде маятникообразного характера тока крови.

а)

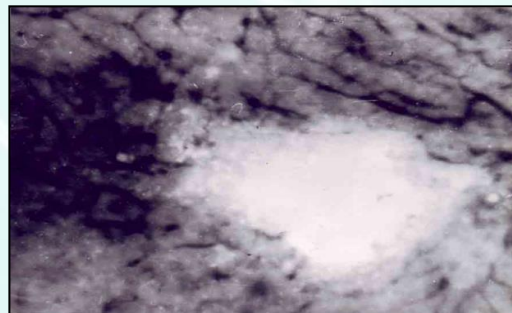


Рис. 1 Биомикроскопия микроциркуляторного русла печени. Аутофлюорисценция
А- 7 сутки Б- 15 сутки после перевязки общего желчного протока животных
увеличение x 75

К заключительному сроку экспериментов – 15 суткам структурные и гемодинамические нарушения системы периферического кровообращения печени еще больше усугубились. Нарушения ангиоархитектоники приняли выраженный характер, что проявилось практическим разрушением строения печеночной паренхимы, увеличением площади «немых» зон, в которых полностью отсутствует кровоток. Наряду с единичными функционирующими микрососудами отмечается наличие множества фрагментов микрососудов. Кровоток сохранился лишь в отдельных дольках, в центре которых наблюдаются портальные венулы. Кровоток в этих сосудах прерывистый, носит зачастую маятникообразный характер. Таким образом, холестатический синдром приводит к развитию широкого спектра сосудистых, внутрисосудистых и внесосудистых сдвигов в системе периферического кровообращения печени. Как показали проведенные исследования, важным фактором в генезе микрогемодинамических расстройств являются изменения реологических свойств крови, поскольку, нарушения электрических и деформационных параметров форменных элементов определяют высокую степень их адгезии, агрегации с развитием синдрома гипервязкости крови.

ВЫВОДЫ: Экспериментальный холестаз приводит к нарушению микрогемодикуляции печени. Эти нарушения связаны с тяжестью эндогенной интоксикации.

СОСТОЯНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОМ ХОЛЕСТАЗЕ.

**Ахмедов К.Х., Ахмадова Д.К., Болтаева Ш.З., Кабулов Б.Д.
Ташкентская медицинская академия Термезский филиал**

Цель исследования. Изучить микрогемодинамику печени при раннем сроке экспериментального внепеченочного холестаза.

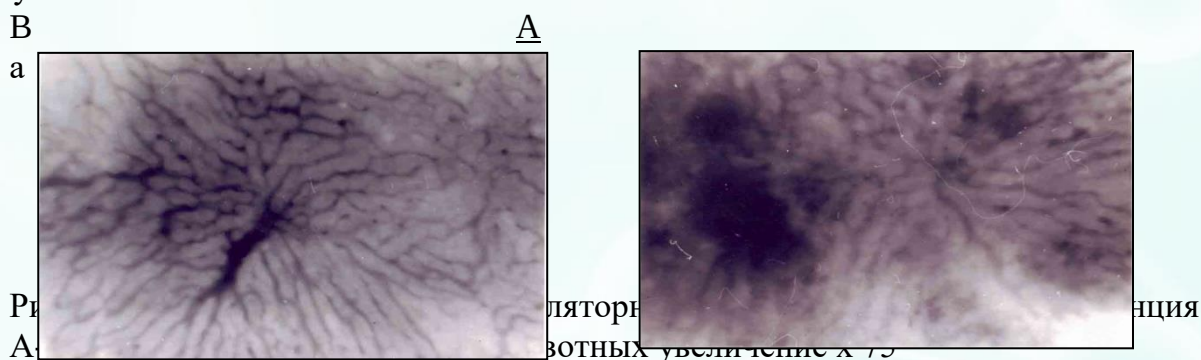
Материалы и методы исследования: Эксперименты проведены на 36 белых беспородных крысах–самцах смешанной популяции с исходной массой 180-200 гр., содержащихся в лабораторном рационе в условиях вивария. У 24 крыс воспроизводили внепеченочный холестаз путем перевязки общего желчного протока. Общая летальность в данной группе составила 30,3%. Контролем служили ложнооперированные животные (8 крысы), которым проводили только лапаротомию в асептических условиях. В этих группах летальности не наблюдалось. Интактную группу составили 4 крысы. Исследования проводили через 1, 3 суток после воспроизведения моделей. Биомикроскопическое исследование микроциркуляторного русла печени подопытных животных осуществлялось люминесцентным микроскопом «ЛЮАМ–ИЗ» с использованием контактного объектива 10х0,40 и 25х0,40 [33]. Прижизненная биомикроскопия проводилась под общим тиопенталовым наркозом в дозе 70 мг/кг массы тела животного. Брюшную полость вскрывали круговым разрезом ниже рёберной дуги. Наркотизированных животных фиксировали на манипуляционном столике с нагревательным устройством, поддерживающим постоянную температуру тела (37°C). Для уменьшения печени движениями диафрагмы между печенью и диафрагмой вводили специальной фиксируемое

зеркало. Для поддержания влажности исследуемой поверхности органы постоянно орошали физиологическим раствором NaCl 0,9%. Результаты исследования фотографировались.

Результаты и их обсуждение: При люминесцентной биомикроскопии ткань печени интактных животных представляется зеленовато-голубой, а сосуды имеют темный оттенок. В поле зрения хорошо видны портальные вены, от которых веером отходят часто ветвящиеся и анастомозирующие между собой синусоиды (рис 1).

Стенки всех сосудов микроциркуляторного русла печени имеют четкие, ровные границы. Кровоток в элементах микроциркуляторного русла печени интактных животных носит непрерывный, струйный характер.

В контрольной группе крыс, которым проводилась только лишь лапаротомия, микроциркуляторное русло печени отреагировало незначительным расширением синусоидов и центральных собирательных венул, мелкозернистым характером кровотока, некоторым замедлением ее скорости в них по сравнению с интактной группой животных. Начавшись в первые сутки, к 3 суткам изменения несколько усугубились.



У животных с перевязкой общего желчного протока, в отличие от животных контрольной группы выявлены существенные изменения в системе периферического кровообращения печени. Изменения проявлялись комплексом внутрисосудистых, сосудистых и паравазальных изменений.

Исход первых суток эксперимента характеризовался бурым оттенком и некоторым уплотнением паренхимы печени. Микроскопически ангиоархитектоника печени в целом сохранена. Имеет место потеря четкости контура сосудов, отдельные сосуды в поле зрения не функционируют, заполнены застойной кровью.

К 3 суткам эксперимента печень резко увеличена в объеме, консистенция ее уплотнена, поверхность бугристая, имеют место также мелкоточечные субкапсулярные кровоизлияния. При биомикроскопии ангиоархитектоника печени нарушена из-за заметного увеличения площади дистрофических изменений паренхимы в виде очагов постгеморрагической организации, обуславливающей дезорганизацию микрососудистого русла, деформирование синусоидов. Границы сосудов размыты, отдельные синусоиды заполнены застойной кровью, резко расширены. Межсинусоидальные анастомозы также расширены за счет застойной крови (рис 2).

Отдельные участки паренхимы по характеру перфузируемости резко отличаются, что придает микроциркуляторной картине оттенки мозаичности. Так, наблюдается

вазokonстрикция и уменьшение числа функционирующих терминальных печеночных венул и синусоидов, различное их кровенаполнение .

ВЫВОДЫ: Развитие внепеченочного холестаза нарушает системную микроциркуляцию печени, практически на всех уровнях организации. Нарушения усугубляются по мере длительности обтурации желчного протока. Эти нарушения проявляются в виде полнокровий последующим кровоизлиянием в паренхиму, синдромом Сладжа.

Эхокардиографические параметры сердца при гемодинамически значимых пороках при острых пневмониях у детей.

Ахмедова И.М., Мусурмонов К.А.

**Центр Развития Профессиональной Квалификации Медицинских Работников
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) — аномалии развития, занимающие третье место после пороков развития центральной нервной системы и пороков развития опорно-двигательного аппарата. Известно более 350 вариантов врожденных пороков, при этом многие пороки сердца настолько сложны по анатомическому сочетанию, что дети погибают от их осложнений на очень ранних этапах жизни, часто даже в период новорожденности. Клинические проявления зависят от типа и тяжести порока сердца. Известно, что частые респираторные инфекции у больных с ВПС нередко приводят к развитию пневмонии на фоне хронического полнокровия легких (при пороках с увеличенным легочным кровотоком) или хронической гипоксии (при пороках с уменьшенным легочным кровотоком). Чаще всего пневмонии при пороках с увеличенным легочным кровотоком возникают на первом году жизни, отличаются затяжным течением, трудно поддаются терапии.

Цель исследования. Изучить эхокардиографические параметры сердца при гемодинамически значимых пороках при острых пневмониях у детей.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры Госпитальной педиатрии № 2, в пульмонологическом и кардиологическом отделении РСНПМЦП. Для решения поставленных задач нами было обследовано 45 детей в возрасте от 1 года до 3 х лет. Из них 25 детей с внебольничной пневмонией на фоне ВПС (I группа) и 20 детей с внебольничной пневмонией без ВПС (II группа). У обследованных детей выявлены следующие клинические варианты ВПС : дети с ДМЖП 24 (53,3%), 9 (20%) с ДМПП, 7 (15,5%) детей с комбинированными пороками и 5 (11,1%) детей открытым артериальным протоком (ОАП). ЭхоКГ проводилась пациентам в плановом порядке на ультразвуковом аппарате Aplio-300 (“Toshiba”, Япония) секторными датчиками 3,0-6,5 МГц. ЭхоКГ также проводилась по стандартным методикам в соответствии с отечественными и зарубежными руководствами и рекомендациями. Диагноз внебольничной пневмонии верифицирована на основании классификации предложенной Проблемной комиссией по детской пульмонологии и наследственно-детерминированным болезням легких Ученого медицинского совета МЗ РФ (2000). Результаты и обсуждение. Особенности клинических проявлений пневмонии у

детей 1 группы с ВПС зависит от степени легочной гипертензии (ЛГ). У детей ЛГ I степени отмечались следующие клинические данные: кожные покровы бледные, костно- суставная система: затылок скошен, рахитические четки, Гаррисона борозда. Мышечная система сила и тонус в норме. Одышка, смешанная с преобладанием инспираторного. Перкуторно в легких укорочение легочного звука. Аускультативно в прикорневых зонах на фоне ослабленного дыхания сухие жужжащие хрипы. Пальпаторно верхушечный толчок разлитой. Границы относительной сердечной тупости: правая- 1 см кнаружи от парастеральной линии, левая-1 см кнаружи от l. mamillaris, верхняя- II ребро. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные. При выслушивании вдоль левого края грудины в III-IV межреберье, с *punctum maximum* III межреберье выслушивается систолический шум. Акцент II тона над *arteria pulmonalis*. Печень увеличена, край закругленный, консистенция мягкая, поверхность гладкая. Эхокардиографические исследования показали, что в 1 группе исследования при пневмонии внутрисердечная гемодинамика изменялась соответствуя физиологическим компенсаторным механизмам, то есть интракардиальные механизмы компенсации при тяжелой пневмонии у детей проявлялись увеличением СДПЖ, ПЖ и МОК левого желудочка, увеличением длины левого предсердия в связи с повышением давления в левом предсердии. Следует отметить, что у больных 2 групп данный компенсаторный механизм не выявлен. Таким образом, интракардиальными факторами ухудшения состояния более чем у половины детей в первые три месяца жизни были сопутствующие пороки развития сердца, способствовавшие в той или иной степени ухудшению оксигенации крови, развитию гипоксии в связи с интракардиальным шунтированием крови. Заключение. Обнаруженные пороки развития сердца увеличивали гипертензию в системе малого круга кровообращения, нагрузку на правый желудочек, шунтирование крови, способствовали усугублению респираторной, циркуляторной, тканевой гипоксии при пневмонии.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ ИЗМЕНЕНИИ СЕРДЦА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ахрарова Ф.М., Мирзаева М.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценить трудности диагностики аритмогенных свойств при диспластическом изменении сердца на примере клинического случая.

Материал и методы исследования. Больная Н., 16 лет, ученица средней общеобразовательной школы, поступила с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха, на колющие боли с лева от грудины. Девочка занимается акробатической гимнастикой с 4-х летнего возраста. Из анамнеза с детства девочка жаловалась на тахикардию. В 11-летнем возрасте впервые была госпитализирована из-за внезапной потери сознания. Был выставлен диагноз синдром вегетососудистой дистонии. Получила лечение седативными, метаболическими препаратами. В течение последних трех лет состояние ухудшилось: сохранялось сердцебиение, перебои в

работе сердца. Проходила курс лечения В-блокаторами, транквилизаторами без существенного эффекта. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Объективно: ребёнок астенического телосложения, удовлетворительного питания. В грудной клетке отмечалась асимметрия: левосторонняя выпуклость и умеренный грудной кифосколиоз позвоночника. Кожа бледная, сухая. Болезненность при пальпации паравертебральных точек в нижнегрудном отделе позвоночника. ЧД 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, на верхушке выслушивается систолический щелчок. ЧСС 105 в мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены, пальпируется нижний полюс правой почки. По данным ЭКГ - увеличение левого предсердия и умеренная нагрузка на левый желудочек, диффузные изменения миокарда. Ритм синусовый, ЧСС 105 уд/минуту. Проведенная нагрузочная проба - Велоэргометрия выявила горизонтальную депрессию сегмента ST до 1,0–3,0 мм в сочетании с (-/+) зубцом Т во II, III, aVF, V3 – V6 отведениях на 3 ступени нагрузки (150 Вт). Жалоб нет, ЭКГ восстановилась на 3 минуте покоя, тип реакции АД на нагрузку дистонический, толерантность к физической нагрузке высокая. Нагрузочный тест оценен как положительный. На холтеровском мониторингировании ЭКГ регистрировался синусовый ритм с ЧСС 39–135 уд/мин. Средняя ЧСС днём составила 63 уд/мин.; средняя ЧСС ночью – 47 уд/мин., минимальная ЧСС ночью - 39 уд/мин. Циркадный индекс - 1,34. Зарегистрировано 1767 пауз более 1,5 сек.: днем - 3 (менее 1 в час), ночью – 1764 (менее 196 в час). Максимальная пауза до 1832 мсек имела в 02:42:37 час. Три физические нагрузки выполнены с максимальной ЧСС до 135 уд/мин. Регистрировалась депрессия сегмента ST в I и II стандартных отведениях до 3 мм и инверсия зубца Т в III отведении на фоне максимального увеличения ЧСС. По данным ЭхоКГ были выявлены пролапс митрального клапана I степени с регургитацией I степени, трикуспидальная регургитация I степени, умеренная дилатация корня аорты, в полости левого желудочка дополнительные (срединная и верхушечная) хорды. На коронароангиографии (КАГ) кровоснабжение миокарда по правому типу, стенозов в коронарных артериях нет, дополнительных турбулентных потоков не выявлено. В лабораторных анализах и других инструментальных исследованиях патологических отклонений не обнаружено.

Результаты исследования. У пациентки Н., 16 лет с диагнозом: синдром дисплазии соединительной ткани, который подтвержден наличием добавочных хорд левого желудочка сердца и пролапсом клапанов; расширением корня аорты, вегетативной дисфункцией синусового узла и деформацией грудной клетки выявлены диффузные изменения миокарда на ЭКГ покоя и выраженная депрессия сегмента ST на высоте физической нагрузки. Это затрудняло интерпретацию полученных ишемических ЭКГ-критериев и потребовало проведения дополнительного исследования КАГ, с помощью которого было выявлено отсутствие стенозов в коронарных артериях и это подтвердило некоронарогенное поражение миокарда. Данное исследование позволило диагностировать диспластическое сердце, обусловленное одним из видов метаболической кардиомиопатии с неспецифическими изменениями ЭКГ. При данном синдроме ЭКГ изменения проявляются чаще всего удлинением QT или метаболическими нарушениями миокарда. Ишемические ЭКГ-критерии у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани

встречаются достаточно редко, что вызывает диагностические трудности и неверную тактику ведения таких пациентов. В данном случае пригодность девочки к физическим нагрузкам была оценена как сомнительная по медицинским показаниям, так как малые сердечные аномалии повышают риск внезапной сердечной смерти. Была рекомендована метаболическая терапия (магний, ранолазин, мексидол) и необходимость диспансерного наблюдения у кардиолога.

Выводы. Описание данного клинического случая показывает, что в настоящее время для стратификации рисков необходимы дальнейшие клинические наблюдения за пациентами с диспластическим сердцем и продолжение изучения особенностей патоморфологических изменений миокарда при синдроме дисплазии соединительной ткани.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ПРОТЕЗА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ЖИВОТА

Бабаджанов А.Х.1, Садиков Р.А.1, Носиров М.М.2 1

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова, г.Ташкент, Узбекистан 2
Андижанский государственный медицинский институт.**

Цель исследования. Изучить в эксперименте особенности реакции окружающих тканей на имплантацию сетчатого протеза при герниопластике по методике Onlay и определить особенности течения воспалительного процесса при экспериментальной аллогерниопластике в условиях инфицирования зоны фиксации протеза.

Материалы и методы исследования. Экспериментальные исследования проведены в лаборатории экспериментальной хирургии с виварием ГУ «РСНПМЦХ В.Вахидова». Были использованы 56 беспородные белые крысы обоего пола, весом $228 \pm 2,7$ гр.

Животные выводились из эксперимента путем передозировки наркотических препаратов в установленные сроки: 3, 12 часов и далее 1, 3, 7, 14, 21 и 30 суток после операции. Были проведены макроскопические исследования путем цифровой фотодокументации. В экспериментальных исследованиях оценивались особенности аллогерниопластики с использованием сетчатого имплантата из полипропилена в условиях стерильной раны и в условиях микробной контаминации. Для проведения антимикробного фотодинамического воздействия использован диодный излучатель Восток 2 (Узбекистан) с плотностью мощности от 150 мВт/см^2 с длиной волны 662-664 нм в непрерывном режиме. При микроскопии оценивали динамику развития воспалительной реакции, особенности регенерации в зоне протеза, а также степень деструкции исследуемого имплантата. Результаты исследования. Морфологические изменения на 7-е сутки эксперимента: В это время основные экссудативно-некробиотические изменения преобладали над воспалительным процессом. Основная причина, по которой некробиотический процесс может наблюдаться даже через 7 дней, заключается в том, что он чаще развивается из-за непосредственного воздействия синтетического полимера (сетки) на воспалительный процесс в области



раны. По этой причине в эти периоды наблюдалось возникновение зон некроза. Разный уровень некротических изменений наблюдается в полимере (сетке) и мышце, а также в слое между полимером и брюшиной. Очаговая или диффузная лимфоцитарно-лейкоцитарная инфильтрация мышечно-клеточного слоя, хаотические изменения соединительнотканного слоя, утолщение стенки сосуда, расширение (дилатация) и полнота (стаз) в различных формах, диапедез эритроцитов вокруг сосуда, наблюдается отёк по всему слою. Морфологические изменения на 14-е сутки эксперимента:

На 14-й день эксперимента между синтетическим полимером и биотканями образовались хаотические фибробласты. При микроскопии препаратов в зоне имплантации у этих животных констатировали окружение нитей имплантированного протеза широкой зоной новообразованной соединительной ткани с реакцией продуктивного воспаления (очаговые инфильтраты, состоящие из лимфоцитов и гигантских клеток типа инородных тел). Морфологические изменения на 21 и 30 сутки эксперимента: На 21-й день исследования: в группе, где использовалась онлайн-модель, стали преобладать пролиферативные процессы, но сохранялись воспалительные процессы и сохранялись реактивные изменения между синтетическим полимером (сеткой) и биотканями. При этом в зоне поражения (преимущественно между брюшиной и синтетическим полимером) наблюдалась грубая регенерация соединительной ткани, почти во всех зонах наблюдалась лимфоцитарно-макрофагальная воспалительная инфильтрация, особенно между нитями сетки. К 30-му дню эксперимента в группе Onlay аллопластики в перестройке слоев преобладает соединительная ткань. В местах воздействия синтетического полимера (сетки) и брюшины выявлены грубые спайки с четко выраженной соединительной тканью. Хотя реакция между синтетическим полимером и тканью слабая, сохраняется лимфоцитарно-макрофагальная воспалительная инфильтрация. Проведенные исследования позволили прийти к заключению, что имплантат в виде полипропиленовой сетки вызывает выраженную реакцию окружающих тканей в течение 7-10 суток после имплантации и при расположении над брюшиной может вызвать формирование спаек с органами брюшной полости. При этом выраженность спаек в большей степени зависит от целостности брюшины, так расхождение ее краев способствует формированию выраженного адгезивного процесса, не имеющего тенденцию к рассасыванию в отдаленный период. В проведенных экспериментах в ряде случаев наблюдался переход асептического воспаления в инфекционный. Гнойное инфицирование области имплантата в большей степени было связано с близким расположением кожной раны. Формирование и выделение серомы с контактом со швами на передней брюшной стенке способствует инфицированию раны. В ряде случаев наблюдали, что при видимом первичном заживлении кожных швов, при ревизии раны определялись очаги инфицирования в месте контакта тканей с имплантатом.

При инфицировании сетки кишечным содержимым в 80% случаев наблюдается нагноение и формирование абсцесса в области имплантированной сетки, раскрытие брюшины и вовлечение в спаечный процесс органов брюшной полости. При расположении сетки в положении Onlay прогрессирование гнойного процесса приводит к отторжению имплантата и миграции наружу. При этом в

морфологических слоях между синтетическим полимером и брюшиной выявляют различный уровень некротических изменений и фибринозных наслоений. Выявляют диффузную, очаговую инфильтрацию нейтрофилами и лимфо-лейкоцитами, хаотические (нерегулярные) изменения соединительнотканного слоя, диапедез эритроцитов вокруг сосуда, отек по всему слою. После удаления сетки воспалительный процесс стихает и заживление раны прослеживается на 10-12 сутки. Рассасывание спаек происходит в течение 14 дней после заживления раны. Эти изменения подтверждаются и морфологически. В этом случае при удалении имплантата реакция «инородное тело» стихает, а в слоях преобладают экссудативно-пролиферативные процессы. С помощью регенеративных изменений в гистоморфологических слоях начинается заживление раневого участка. Следует отметить, что в условиях инфицирования тканей и воспалительном процессе повторное использование сетки с лазерным облучением не приводит к приживлению имплантата. **Заключения.** Экспериментальные исследования по проведению аллопластики грыж по методике Onlay показали, что практически во всех случаях неосложненного течения в течение первых 7-10 суток развивается выраженная воспалительная реакция в окружающих тканях и имеет место частичное расхождение брюшины в области фиксации сетки с формированием спаечного процесса, в который вовлекаются органы брюшной полости, при этом к 30 суткам после операции отмечается частичное рассасывание спаек только в зоне целостности брюшины, тогда как в области ее отсутствия определялся плотный адгезивный процесс. При инфицировании зоны фиксации сетки кишечным содержимым у экспериментальных животных в 80% случаев наблюдается нагноение и формирование абсцесса, которые в последствии становятся причиной развития спаечного процесса с органами брюшной полости (100%), кишечной непроходимости (30%), длительных наружных свищей (20%) и спонтанного отторжения имплантата (40%) с миграцией наружу. Бадиева Б.М.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГЕПАТИТА С КОРРЕКЦИЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫМ РАСТЕНИЕМ

**Кафедра клиническая фармакология Бухарского Государственного
медицинского института им. Абу Али ибн Сино, г.Бухара, Республика
Узбекистан Научный руководитель- PhD, доцент, Насирова С.З.**

Цель исследования. Создать модифицированную модель поражения печени тетрахлорметаном, для выявления патологии органа посредством биохимических и гистоморфологических исследований, коррекция нарушенной функции печени на фоне воспроизведенной модели гепатита с лекарственным растением вырешенным на полях Бухарского медицинского института расторопшей.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на 60 белых беспородных крыс мужского пола массой 200–220 г. 1 группе 30 крысам с помощью специального зонда в пищевод вводили тетрахлорметан (CC14) в вазелиновом масле в соотношении 1:1 (доза – 0,064 мл на 100 г веса животного). 2 группе в месте с тетрахлорметаном (CC14) так же давали лекарственное растение расторопшу в виде порошка



разбавленной водой, вводили крысам (10 г) перорально через зонд по 3 мл. Для подтверждения модели патологии печени биоптат органа подвергали гистоморфологическому анализу. Методика заключается в следующем. Срезы ткани печени крыс размером 5 см фиксировали в 10% растворе формалина не менее чем 3 суток. Затем исходный материал помещали в 20% раствор формалина на 1 сутки, промывали проточной водой еще 1 сутки. По истечении фиксации материалов на микротоме производили срезы препаратов печени, которые были изучены под микроскопом. Фиксированный материал для обезвоживания и подготовки к заливке чистым парафином помещали в спиртовой раствор в возрастающей крепости: 70% – 86% – 96% – 100% по 7 часов в каждой концентрации. Затем материал переносили в смесь хлороформа и 100% раствора спирта на 9 часов, отдельно в хлороформе выдерживали еще 10 часов [8,9]. Смесь хлороформа и парафина при +37 °С помещали в термостат на 12 часов. Для изготовления блоков заливку чистым парафином производили в бумажные коробки, из которых в дальнейшем изготавливали парафиновые блоки. Нарезку производили на микротоме МС-2. Для окраски срезов использовали гематоксилин, препараты держали в красителе в течение 5 мин, затем промывали дистиллированной водой. Полученные препараты фотографировали. Анализ полученных результатов оценивали микроскопированием материала. Все исследования проведены в соответствии с этическими требованиями к работе с экспериментальными животными. Результаты. В первой группе лабораторных крыс под действием тетрахлорметана через 5 суток наблюдался цитоллиз значительной части гепатоцитов, повреждались клетки Купфера, ядра клеток уплотнялись, начался воспалительный процесс и дистрофия клеток печени. Во второй группе в условиях воспроизведенного гепатита с применением лекарственного средства расторопши в течение 30 дней, выявило значимую защиту гепатобилиарной системы, которая выражалась существенным улучшением биохимических показателей. Вывод. В условиях воссозданного токсического гепатита тетрахлорметаном получена устойчивая форма поражения гепатобилиарной системы крыс, которая характеризовалась гибелью части гепатоцитов и некрозом. Применение лекарственного препарата расторопши в течение воссозданного токсического гепатита, содержащего большое количество флавоноидов, способствовало менее выраженному токсическому действию, уменьшению выраженности проявлений цитолитических и холестатических эффектов тетрахлорметана. Учитывая значимое повреждение печеночной ткани тетрахлорметаном, даже незначительная защита гепатоцитов расторопшей может считаться патогенетически приемлемым эффектом.

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

Байсариев Ш.У, Мардиева Ж.С.

**Ассистент кафедры общей хирургии. Самаркандского государственного
медицинского университета, студентка 3-курса педиатрического факультета.**

Цель исследования. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза легких.

Материал и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения больных эхинококкозом легких. В диагностике эхинококкоза легких ведущее значение имели рентгенологические методы исследования легких – полипозиционная рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки. При затруднительных случаях, с целью дифференциации применяли компьютерную томографию (КТ) органов грудной и брюшной полостей. КТ брюшной полости произведена 49 и грудной клетки 38 больным. Из 132 больных, у 14 (10,61%) произведена торакоскопическая эхинококкэктомия (через троакарные проколы на грудной стенке). У 92 (69,70%) больных эхинококкэктомия из легких произведена через миниторакотомию с видеоассистированием. 14 (10,61%) больным эхинококкэктомия из легкого произведена через широкий торакотомный доступ.

Результаты исследования. При торакоскопическая эхинококкэктомия из легких. Учитывая нестандартность локализации кист в легких, точки наложения пневмоторакса и введение троакаров выбирали в каждом случае индивидуально. Предпочтение отдавали точкам, расположенным в 7-8 межреберье по задней подмышечной линии, 3 межреберье по передней подмышечной линии, учитывая использование этих проколов для дренирования плевральной полости по завершению операции, а также точки, расположенные по ходу 5 или 6 межреберий, учитывая возможность перехода к торакотомии. Накладывали пневмоторакс, и троакар для торакоскопа вводили в точке максимально удаленной от зоны локализации кисты.

Осуществляли тщательную ревизию плевральной полости и в одной из вышеуказанных точек вводили 5 мм троакар для инструментов. После определения точной локализации кисты прямо над ней вводили троакар для пункции эхинококковой кисты. Во время торакоскопических операций особой трудности представляет капитонаж остаточной фиброзной полости. При внутриполостном лигировании эндоскопическими зажимами обычно узлы до конца не затягиваются. Для устранения этого недостатка нами разработан устройство для эндолигирования.

Технические сложности при выполнении торакоскопической эхинококкэктомии связанные с удалением хитиновой оболочки и соблюдением апаразитарности послужили поводом для разработки операции эхинококкэктомия из легких через миниторакотомию с видеоассистированием по 4 – 5 межреберью, и в зависимости от сегментарной локализации разрез перемещался к передней или задней подмышечной линии. Когда киста локализуется в нижней доле разрез проводился по 6 – 7 межреберью.

Эхинококкэктомия из легкого через торакотомный доступ производилась в 4,5,6, межреберьях. Предпочтение отдавалось торакотомии через 5-6 межреберье.

Вывод. Таким образом, при периферическом расположении неосложненных кист в диаметре до 10 см. возможно проведение торакоскопической эхинококкэктомии. Одиночные кисты в диаметре до 15 см могут быть удалены через миниторакотомный доступ. При множественных эхинококковых кистах, расположенных в различных долях легкого, размерами более 15 см, а также при нагноившихся эхинококковых кистах с выраженным перифокальным воспалением и ранее перенесенной торакотомии показана эхинококкэктомия из широкого торакотомного доступа.

СИНДРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОДРОСТКОВ

**Баховитдинова З.М., Арифходжжанев А.Т., Ганиев А.Г., Сахибова М.Ж.
Андижанский государственный медицинский институт Андижан,**

Актуальность проблемы. Артериальная гипертензия (АГ) является самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием и одной из наиболее актуальных медицинских проблем во всем мире. Это обусловлено значительной распространенностью патологии, недостаточным контролем артериального давления (АД) в масштабе популяции, что ведет к высокому уровню инвалидизации и преждевременной смертности. Остроту проблемы поддерживает широкая распространенность АГ у детей, подростков и лиц молодого возраста: от 8 до 24% и отчетливая тенденция в последние годы к дальнейшему росту данного заболевания. Имеются данные, что роль пускового механизма развития артериальной гипертензии у детей играют многократные отрицательные психоэмоциональные воздействия, которые на фоне таких личностных особенностей, как тревожность, мнительность и др., вызывают постоянное перенапряжение симпатoadреналовой системы, сопровождающееся спазмом гладкой мускулатуры артериол. Цель. Изучить особенности клинико-неврологических и нейропсихологических нарушений у подростков с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Исследованы 60 подростков в возрасте 15-18 лет, из них 30 с неврологической симптоматикой в сочетании с артериальной гипертензией (основная группа) и 30 с диагнозом артериальная гипертензия (АГ) без неврологических нарушений (контрольная для сравнения). Проводился общий клинический осмотр, исследование неврологического статуса, выполнялись общеклинические лабораторные методы исследования (общий анализ крови, мочи, тест толерантности к глюкозе, биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, показатели липидного спектра: общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеидов высокой плотности). Инструментальные методы диагностики включали электрокардиограмму, ЭХО-кардиографию, ультразвуковое исследование почек и надпочечников. Результаты. При анализе результатов исследования выяснилось: вегетативная дисфункция выявлена у 88% лиц с АГ и неврологическими нарушениями, у больных АГ без неврологических нарушений в 35% и у практически здоровых пациентов (2,7%). Отмечалась достаточно тесная связь этих патологических состояний с неблагоприятным психоэмоциональным фоном. Наиболее распространенным симптомокомплексом жалоб у больных в обеих группах были

головная боль, быстрая утомляемость, головокружение, снижение памяти, раздражительность или вялость, шум в голове, которые ухудшали работоспособность и качество жизни. Цефалгии встречались в 89,3% случаев, что в 1,1 раза чаще, чем в группе сравнения (у 53,9% больных). Периодические приступы головокружения отмечались у 67,5% больных с основной группы, что 1,2 раза чаще, чем у пациентов группы сравнения. Выводы. Неврологические синдромы сочетанные с артериальной гипертонией проявляются в виде цефалгии давящего и распирающего характера, преимущественно в затылочной области, также вегетативными кризами, диссомнией. Цефалгии более трех раз в неделю, приступообразные, а также повышение диастолического артериального давления в дневные и ночные часы до 95 мм.рт.ст. и выше и скорости его утреннего подъема выше 6 мм рт.ст./час. Выраженную венозную недостаточность помогает диагностировать наличие астенического синдрома и цефалгий, спровоцированных подъемом артериального давления.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА В ПРИАРАЛЬЕ

Бахтиярова Азиза Максудбековна
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Актуальность исследования болезней органов пищеварительной системы в клинко-инструментальном, лабораторно-диагностическом, социально - гигиеническом аспекте связана с тем, что они по частоте и распространенности занимают одно из ведущих мест в общей структуре заболеваемости, обращаемости и госпитализации. Экстрагенитальные заболевания имеют немаловажную роль в структуре временной нетрудоспособности, первичной инвалидизации и причине смертности. Вышеуказанные проблемы особенно остро стоят в Приаралье, так как экологическая обстановка этого региона вот уже более 20 лет остается напряженной. Вышеуказанные проблемы особенно остро стоят в Приаралье, так как экологическая обстановка этого региона вот уже более 20 лет остается напряженной. "Голубое око Земли" - Аральское море, возникшее 35 тысяч лет назад, на глазах одного поколения ушло от берегов более 100 километров. С территории обсыхающего моря ветром каждый год выносятся около 72 миллионов тонн соли, оседая на большом расстоянии от моря, она значительно снижает плодородие земли, урожайность сельхоз культур и пастбищ. Это не только экологическая, но и демографическая проблема Приаралья, затрагивающая судьбы народов Узбекистана, Казахстана и Туркменистана. Целью нашего исследования явилось изучение распространённости заболевания пищеварительной системы у женщин фертильного возраста проживающих в экологически неблагоприятных условиях Южного Приаралья (Хорезмской области).

Материалы и методы исследования. В Ургенчском районе Хорезмской области обследовано 3311 женщин. Проведён углубленный осмотр, определение общего анализа крови, мочи, проведено биохимические и инструментальные исследования.

Возраст обследуемых составил: от 15 до 18 лет - 792 (24%), от 18 до 23 лет - 588 (17,8%), от 23-29 лет - 761 (23%), от 29 до 36 лет - 624 (18,8%), от 36 до 41 года - 298 (9%), от 41 до 49 лет - 248 (7,4%) женщин. Распределение обследуемых по

социальному положению дали следующие показатели: 804 женщин или 24,3% обследованных женщин были служащими, 715 (21,6%) рабочими, 729 (22%) домохозяйками, 334 (10,1%) работницы фермерского хозяйства, 596 (18%) учащимися, 113 (3,4%) студентками и 20 (0,6%) пенсионерками.

В результате исследования установлены: болезни органов дыхания у 175 (5,2 %), болезни органов кровообращения у 320 (9,6 %), болезни почек и мочевыводящих путей у 490 (14,7 %), болезни системы кроветворения (в основном анемии) у 2350 (71%), диффузные заболевания соединительной ткани и заболевания суставов у 142 (4,2%), болезни эндокринной системы у 560 (16,9%) обследуемых женщин. Анализ полученных данных показал, что у 848 женщин или у 25,6 % всех обследованных женщин обнаружены сочетанная патология двух или трех систем. Из 1610 больных, страдающих болезнями пищеварительной системы выявлены следующие заболевания: хронический гастрит у 1047 (65%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 126 (7,8%), хронический энтероколит у 144 (9%), неспецифический язвенный колит у 18 (1,1 %), хронический гепатит у 103 (6,3%), цирроз печени у 14 (0,8%), хронический холецистит у 440 (27,3%), хронический панкреатит у 47 (2,9 %) обследованных женщин. Сочетание двух или трех заболеваний обнаружено у 876 обследованных, что составляет 54,4% от общего числа больных, страдающих болезнями пищеварительной системы. Вывод. Выявлено, что чаще всего у женщин встречается хронический гастрит, которым страдают 1/3 больных с заболеваниями пищеварительной системы. Высокий процент женщин (27,3%) страдают и хроническим холециститом. Очевидно, вышеприведенные заболевания связаны с неблагоприятной экологической обстановкой в зоне Южного Приаралья, нарушениями режима и рациона питания, понижением иммунной системы организма, с частотой беременности и родами.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Бойкузиева М.Б.,

**Кафедра повышения квалификации и переподготовки семейных врачей
Андижанский Госсударственный медицинский институт.**

Актуальность: На сегодняшний день Гипертоническая болезнь является актуальной проблемой современной кардиологии. Быстрое прогрессирование болезни и кардио-васкулярные осложнения приводят к понижению трудоспособности и инвалидизации. По последним данным распространённость заболевания среди взрослого населения составляет 30-45%. На сегодняшний день в плане предупреждения Гипертонической Болезни существуют несколько проблем. Задача врачей общего профиля состоит в выявлении факторов риска заболевания и их устранение путём повышения знаний населения.

Цель: Повышение качества профилактической работы Гипертонической Болезни среди взрослого населения в первичном звене здравоохранения.

Материалы и методы: Поверка проводилась в Семейной Поликлинике № 3 города Андижана. На проверку были привлечены 36 участников старше 40 лет. В



качестве метода обследования взята специально разработанная анкета, состоящая из 3 пунктов и 10 вопросов. Анкетирование обследуемых было проведено дважды. В первый раз анкетирование проводилось без проведения беседы. Во второй раз анкетирование проведено после беседы врачом общего профиля на тему факторов риска, клинических проявлений, осложнений и профилактики Гипертонической Болезни. Результаты: Получены следующие результаты: В результате 1го анкетирования – правильно ответили 12 (33,3%) респондентов. На 2ое анкетирование правильный ответ дали 34 (94,4 %) респондентов. Результаты обследования показали следующее: население не имеет полного представления о Гипертонической Болезни. Одной из основных причин является безразличное отношение к своему здоровью. Рекомендации: 1. Плановое проведение врачами общего профиля подобных бесед среди населения. 2. Для достижения лучших результатов проведение подобных мероприятий в интерактивном порядке с участием средств массовой информации.

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ.

**Валиев А.С., Махмудов Н.И., Туйчиев Б.А.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Введение. Авторами проведен анализ результатов возможностей эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (Э.Р.П.Х.Г.), находящееся на лечении Ф.Ф.Р.Н.Ц.Э.М.П. с 2019 г по 2023 г пациентов с механической желтухой. С целью диагностики причин, вызвавших механическую желтуху, и их лечения применены ультразвуковым и диагностической Э.Р.П.Х.Г. вмешательство с комбинацией эндоскопической папиллосфинктеротомией, (Э.П.С.Т.). под рентгеновским контролем. Использование данной малоинвазивных эндовидеохирургических технологий позволили значительно улучшить результаты лечения у больных с механической желтухой. Цель исследования.: Показать эффективность малоинвазивных методов диагностики и лечения заболеваний панкреатогепатобиллиарной зоны, осложненных механической желтухой (МЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 196 пациентов с клиникой МЖ различного этиологического генеза. Средний возраст пациентов 59/7,1 лет. Причиной МЖ у 88 (43,5% пациента была холедохолитиаз, у 22 (19,7%) - папиллит, у 13 (10,4%) – опухоли головки или терминального отдела холедоха, у 52 (6,9%) – стриктуры терминального отдела холедоха. Транзиторные желтухи на фоне желчнокаменной болезни, острого холецистита и печеночной колики были у 21 (56,5%) пациента. Диагностика МЖ базировалась на данных анамнеза, клинических проявлений, лабораторных показателей, данных ультразвуковой сонографии органов брюшной полости (УЗИ), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРПХГ) и компьютерной томографии (МСКТ). Результаты и их обсуждение. Диагностический поиск в 100% случаев начинался с УЗИ органов брюшной полости.



Следующим этапом было выполнение ЭРПХГ, по данным которой причина механической желтухи установлена в 98% случаев. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как лечебная манипуляция, выполнена в 460 (54,3%) случаях у пациентов с холедохолитиазом, папиллитом, стриктурой терминального отдела холедоха. Механическая экстракция конкрементов (МЭК) проведена 181(21,4%) пациентам, причем для 59(6,9%) пациентов пожилого и старческого возраста- это явилось основным методом лечения, а для остальных ЭРПХГ с МЭК в предоперационном периоде позволило выполнить лапароскопическую холецистэктомию. Лечение начинали с проведения дезинтоксикационной терапии, которая включала экстракорпоральные методы. Оперативное лечение проведено 22 (83,7%) пациенту. Из них у 8 (61,2 %) пациентов лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) после ЭРПХГ в предоперационном периоде. В случаи безуспешности Э.Р.П.Х.Г. исследовании было произведено лапаротомный доступ т.е традиционная холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией выполнена у 11 пациентов (34,8%) с деструктивными изменениями стенки желчного пузыря, явлениями перитонита, крупными конкрементами холедоха. Операция заканчивалась дренированием холедоха или наложением билиодегистивных анастомозов. Из 4 (32,4%) пациентов с МЖ опухолевого генеза ЭПСТ, как лечебная манипуляция выполнена в 12 случаях. У 8 (14,0%) пациентов с опухолью терминального отдела холедоха или головки поджелудочной железы удалось при ЭРПХГ выполнить эндостентирование холедоха. Однако при неэффективных случаях выполнено 1 случае – раздельное дренирование правого и левого протоком. В 9 (1,1%) наблюдениях на первом этапе для купирования МЖ выполнены паллиативные операции (билиодегистивные анастомозы).

В 8 случаях 2-м этапом выполнено стентирование гепатикохоледоха с проведением стента в двенадцатиперстную кишку. Осложнения после ЭРПХГ с ЭПСТ зафиксированы в 6 (3,6%) случаях: в 3 (0,5%) – кровотечение из папиллотомной раны, в 2 (0,2%) – перфорация ДПК (оперативное лечение). После холецистэктомии осложнения отмечены в 6 (0,7%) наблюдениях. Летальных исходов 1 (0,1%).

Выводы. 1. Внутрисветная эндоскопическая коррекция механической желтухи выполнена у 54,3% больных, в 21,4% случаев в сочетании с механической экстракцией конкрементов.

2. Оперировано 71,9% пациентов, при этом у 91,2% выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

3. Эндоскопическое стентирование гепатикохоледоха привели к купированию механической желтухи опухолевого генеза в 88,9% случаев.

ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В СТЕРИЛИЗАЦИИ.

Вапаева Самира Зафаржон кизи

**ТТА Ургенчского филиала Студентка Педиатрического факультета 1 курса
Ассистент кафедры департамента общественного здравоохранения Ташкентской
медицинской академии Ургенчского филиала Рузматов Фазлиддин
Исомиддинович**

Проблемы:

Как мы все знаем, среди блюд, которые мы едим, большое место занимает яйца птиц. Важно понимать, что при неправильном отношении к обработке яйцо может стать источником многих инфекционных заболеваний таких как:

сальмонеллёз, туберкулез, стрептококк, колибактериоз, инфекционный ларинготрахеит, микоплазмоз, орнитоз, грипп. Сальмонеллез

Сальмонеллезы – группа острых кишечных инфекций. Возбудитель - бактерии рода *Salmonella*, вызывающие тяжелые интоксикации, обезвоживание или септицемию в тяжелой форме. Сальмонеллы сохраняют способность к размножению до 9 месяцев – в сухом яичном порошке и до 3 недель на яичной скорлупе. Присутствие живых сальмонелл на поверхности продуктов или в их составе не влияет на их внешний вид или вкусовые качества. Водоплавающие птицы чаще болеют сальмонеллезом, а значит яйцо водоплавающей птицы потенциально более опасно как источник токсико инфекций у людей.

Туберкулез

Туберкулез – инфекционное заболевание, поражающие все органы и системы, с обширными поражениями легких. Возбудитель - *Mycobacterium tuberculosis* (палочка Коха). Яйцо от больных туберкулезом птиц является неосновным, но возможным способом передачи инфекции. Микобактерии туберкулеза достаточно устойчивы во внешней среде, под воздействием хлорсодержащих препаратов погибают через 6 часов.

Статистика:

Для предотвращения сальмонеллеза его следует варить при температуре не ниже 55°C Решение: Обработка яйца, используемого для приготовления блюд, осуществляется в отведенном месте в специальных промаркированных емкостях в следующей последовательности: теплым 1-2%-ным раствором кальцинированной соды, 0,5%-ным раствором хлорамина или другими разрешенными для этих целей моющими и дезинфицирующими средствами, после чего ополаскивают холодной проточной водой. Чистое яйцо выкладывают в чистую промаркированную посуду. Хранение необработанных яиц в кассетах, коробах в производственных цехах не допускается. Состав жидкости: ПЕРЕКС -чистящее средство, NaHCO_3 -Имеет свойство быть слабощелочным. СОЛЬ (NaCl)-предотвращает растрескивание яичной скорлупы. ФУРАКИЛЛИН-сохраняет микроорганизмы

--Жидкий состав стерилизует скорлупу яйца и делает содержащийся в скорлупе кальций готовым к использованию.

-- оказывает общее влияние на качество яичных продуктов

--помогает быть эстетически чистым, очень полезным и здоровым продуктом.

Для безопасного процесса необходимо организовать три помещения: для хранения и распаковки сырья с холодильной установкой; для мойки и дезинфекции яиц; для получения яичной массы.

Как выбрать средство для обработки скорлупы яиц

В настоящее время на рынке есть много средств, в инструкциях к которым производитель указывает, что их можно использовать для обработки яичной скорлупы на предприятиях общественного питания. Однако потребителю важно учитывать следующие факторы при выборе:

Доказанная эффективность средства против патогенной микрофлоры и вирусов, которые могут находиться на поверхности яйца (немаловажно, чтобы средство прошло испытание в лабораториях, способных дать свое профессиональное заключение);

Время обработки, при котором происходит полное обезвреживание патогенной микрофлоры (время обработки не должно быть слишком долгим, поскольку это будет неудобно в производственных процессах, однако слишком быстрая обработка может оказаться неэффективной или указывать на то, что в средствах значительно увеличена концентрация дезинфицирующих веществ, что может сказаться на качестве продукта);

Безопасность данного средства при его использовании в пищевой промышленности (при использовании средство должно быть не токсичным для персонала, а продукт после его применения оставаться безопасным и не менять своих вкусовых свойств);

Простота и удобства использования средства (четкая и удобная инструкция, понятные рекомендации по дозированию, разведению и времени обработке);

Доступность. Выбор средства с учетом всех пяти факторов позволит организовать обработку яичной скорлупы таким образом, что использование яиц в производстве станет безопасным для конечного потребителя.

ПЛАН РАБОТЫ: Первое, что нам следует сделать, это поработать с яичными фабриками по содержанию жидкости, и особое внимание следует уделить очистке яиц. На родине птицеводы продают яйца напрямую. Чистить и есть яйца придется самим людям.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАДИПИНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ В Г. ФЕРГАНЫ

Г.Б.Шамсудинова, О.О.Юлчиев, О.Э.Умаров
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Гипертонический криз - это резкое внезапное кратковременное обострение гипертонической болезни, характеризующееся острыми расстройствами мозгового или коронарного кровообращения. Для ранних стадий гипертонии характерны кризы, которые являются следствием выброса в кровь адреналина. В поздних стадиях кризы связаны с выбросом норадреналина.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности фармадипина у больных с гипертоническими кризами в условиях скорой помощи.

Нами наблюдалось во время обслуживания у 124 больных (75 женщин и 49 мужчин) в возрасте 45-75 лет с гипертоническими кризами I и II типа. Длительность гипертонического анамнеза от 5 до 18 лет. Фармадипин назначали в дозе 3-4 капли (учитывая уровень повышения АД можно дозу увеличить до 5-7 капель) под язык.

Результаты показали, что положительный эффект наблюдался у 75% больных. При этом систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) давление снизилось соответственно в среднем на 18,5 и 12,8 мм рт.ст. по сравнению с исходным уровнем.

Оценивались показатели гемодинамики, систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) АД, частота сердечных сокращений (ЧСС). Отмечено достоверное снижение уровня САД и ДАД у 82,5% больных. Отрицательного влияния: увеличилась на 4,5% частота сердечных сокращений (ЧСС) но это не влияет на общее состояние больного.

Таким образом, имеющиеся предварительные данные позволяют сделать вывод о целесообразности применения эффективности фармадипина при первой неотложной помощи догоспитальном этапе при гипертонических кризах.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Ганиев А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. В последние десятилетия во всех странах мира, в том числе в Республике Узбекистан, отмечается тенденция к увеличению заболеваемости детей респираторными аллергиями и их более тяжелое течение. По результатам ряда исследователей, распространенность РА в Республике Узбекистана варьирует от 1,7% до 7,2%, что обусловлено не только влиянием внешних региональных факторов, но и использованием различных методов диагностики. В настоящее время РА рассматривают как мульти-факториальное полигенное заболевание.

Цель исследования: Анализ влияния базисной противовоспалительной терапии на показатели функции внешнего дыхания (ФВД) и уровень контроля над заболеванием у детей с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование 35 детей от 4 до 15 лет с БА. Исследование ФВД проводилось методом спирометрии на диагностическом спирометре Spirolab II с оценкой основных показателей; оценка и интерпретация результатов проводилась в соответствии с международными рекомендациями. Оценка ФВД проводилась всем детям до назначения базисной терапии и спустя 3 месяца после начала лечения. Кроме того, дважды было проведено анкетирование детей по адаптированным опросникам для детей - Тест по контролю над БА у детей (АСТ). Результаты и их обсуждение. Полученные данные у общей группы детей с лёгким течением бронхиальной астмы в периоде обострения заболевания достоверных изменений показателей форсированной жизненной емкости лёгких (ФЖЕЛ) и объёма форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) не

отмечалось. Однако, у больных с лёгким течением бронхиальной астмы регистрировалось понижение пиковой скорости выдоха (ПСВ, $p<0,02$), максимальных объёмных скоростей потока кривой в точках, соответствующих 25, 50 и 75% форсированной жизненной ёмкости лёгких (МОС25, $p<0,001$; МОС50, $p<0,001$; МОС75, $p<0,001$ и средних значений максимальных объёмных скоростей потока кривой в интервалах от 25 до 75% и от 75 до 85% форсированной жизненной ёмкости лёгких (СМОС25_75, $p<0,001$; СМОС75.85, $p<0,001$). Спустя месяц от начала наблюдения и лечения, у больных лёгкой формой бронхиальной астмой констатировалось удовлетворительное общее состояние, никаких жалоб пациенты не предъявляли, астматические приступы за указанный промежуток времени у них не возникали, клинические проявления болезни отсутствовали. Значения флюометрических показателей у детей с лёгким течением бронхиальной астмы в периоде клинической ремиссии заболевания существенно не отличались от значений указанных показателей у практически здоровых детей. Доля детей с БА легкой степени составила 43 %, с БА средней тяжести - 49 %, с БА тяжелой степени - 8 %. До начала лечения нарушения ФВД по обструктивному типу были выявлены у 81 % ребенка, по рестриктивному типу - у 3 %, по смешанному типу - у 4 %, у 12 % детей вентиляционных нарушений не было выявлено. После курса лечения нарушения ФВД по обструктивному типу отмечались лишь у 15 % детей, нарушений по рестриктивному типу не было выявлено, по смешанному типу нарушения оставались у 1 % ребенка, у 84 % пациентов отсутствовали нарушения ФВД. Контролируемая БА была установлена у 57 % пациентов до начала лечения и у 83 % после курса лечения, неконтролируемая БА выявлена у 43 % и у 17 % соответственно ($p=0,0012$).

Вывод. На фоне проводимой базисной противовоспалительной терапии у детей с БА отмечено значимое улучшение показателей ФВД и повышение контроля над заболеванием.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНА КЛОТО ПРИ COVID-19

Глуткина Н.В.1, Мятлева И.А.2 1

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

2Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Цель исследования: изучение динамики содержания гормона Клото при COVID-19.

Материал и методы исследования. В группу исследования были включены пациенты с коронавирусной инфекцией COVID-19 (46 человек). Степень тяжести вирусной пневмонии определяли по регионарной классификации диагностики и лечению COVID-19, согласно которой отсутствие признаков вирусной пневмонии определялось как – КТ-0; при наличии участков «матового стекла», однако, при выраженности патологических изменений менее 25% – КТ-1; при поражении 25-50% легких – КТ-2; при наличии патологических изменений 50-75% легких – КТ-3; при поражении более >75% легких – КТ-4. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, давали письменное информированное согласие. Исследование выполнено в



соответствии с требованиями этического комитета УО «Гродненский государственный медицинский университет». Методом иммуноферментного анализа определяли содержание различных типов белка Клото с помощью наборов ELISE Kit (Wuhan Fine Biotech).

Статистический анализ проводили с помощью программы «Statistica 10.0». Данные проверяли на соответствие признака закону нормального распределения с использованием критерия Шапиро-Уилка. Результаты представлены как медиана (Me), 25-й и 75-й процентиля. Уровень статистической значимости принимали за $p < 0,05$.

Результаты исследования. Выявлено уменьшение содержания гормона Клото и его фракций при данной патологии. В процессе проведенной терапии наблюдается увеличение концентрации данного гормона, также, как и увеличение альфа- и бета-его фракций.

Гормон Клото может оказывать влияние на систему газотрансмиттеров. Рецептор FGFR является основной молекулярной мишенью для альфа-Клото, посредством которой он оказывает свое физиологическое действие. В кардиомиоцитах этот гормон подавляет стресс эндоплазматического ретикулума, вызванный изопротеренолом, и предотвращает апоптоз, ингибируя p38, MAP, ERK1/2 и JNK, а также ингибирует экспрессию Nox2 и NADPH оксидазы, накопление активных форм кислорода и окислительный стресс. Кроме того, показано, что Клото действует как эндогенный активатор Nrf2, предотвращая окислительный стресс и воспалительные повреждения в различных типах клеток.

В настоящее время не существует лекарственных средств, разработанных специально для модуляции активности Клото, но показано, что некоторые из уже известных усиливают его экспрессию или ограничивают снижение синтеза при патологических состояниях. Альфа-Клото подавляет сигнальный путь инсулина и инсулиноподобного фактора роста-1, что приводит к активации факторов транскрипции forkhead (FoxO) и повышению уровня экспрессии генов белков антиоксидантной защиты – митохондриальной Mn-зависимой супероксиддисмутазы и каталазы, а также пероксиредоксинов, отражая участие этого белка в антиоксидантной защите клеток и поддержанием нормального протекания окислительно-восстановительных процессов. Уменьшение данного гормона может влиять на функциональное состояние организма при коронавирусной инфекции.

Вывод. Полученные данные о динамике изменения содержания белка Клото отражают его значение в патогенезе при коронавирусной инфекции.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

**Гозиева Ш.С., Мамасолиев Н.М., Асранкулова Д.Б., Мамасолиева Ш.А.
Кафедра акушерства и гинекологии №1 Андижанский государственный
медицинский институт, АФ РНЦЭМП.**

Актуальность. Гипертензивные нарушения во время беременности (ГНБ) затрагивают примерно 6—8% беременностей во всем мире, оставаясь одной из ведущих причин материнской и перинатальной смерти.

Особое место при этом занимает преэклампсия (ПЭ), частота которой колеблется от 2 до 8%. При этом 10—15% всех случаев материнской смерти связано с ПЭ или эклампсией, что составляет не менее 70 тыс. смертей в год.

В связи с тем, что последствия тяжелых гипертензивных расстройств снижают качество последующей жизни женщины вследствие высокой частоты атеросклероза, сахарного диабета (СД), сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а частота нарушения физического, психосоматического развития у преждевременно рожденных детей достаточно высока, как и риск возникновения в будущем соматических заболеваний, эта проблема имеет важное медико-социальное значение.

Цель исследования. Целью исследования является оптимизация диагностики, тактики ведения и профилактики гипертензивных заболеваний у беременных

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи мы отобрали в общей сложности 100 беременных женщин с гипертензивной болезнью и провели у них обследование для оптимизации тактики ведения и профилактики

Результаты исследования. Растущее количество доказательств связи ГНБ, включая ПЭ, с ССЗ и смертностью в будущем как для матери, так и для ребенка, демонстрирует важное медицинское и социальное значение этой патологии. Тем не менее продолжаются дискуссии о том, предрасполагает ли сама ПЭ к повышенному риску последующего ССЗ, или эти оба состояния имеют общие патофизиологические особенности и факторы риска, что делает ПЭ только маркером риска ССЗ в будущем.

Субклинические сосудистые заболевания часто являются потенциально обратимыми состояниями, что позволяет своевременно провести их коррекцию и остановить сердечно-сосудистый континуум, тем самым снижая риск ССЗ [60]. Следовательно, раннее выявление дебюта заболеваний дает большое преимущество в предотвращении или эффективном управлении любыми рисками ССЗ после ГНБ. Кроме того, осведомленность о повышенном риске ССЗ в будущем для матери и ребенка может позволить проводить раннее выявление и лечение конкретных факторов риска, таких как АГ, ожирение, гиперлипидемия, предиабет и диабет. Изменение образа жизни — идеальная рекомендация для всех женщин в качестве первого шага к профилактике ССЗ. Такими рекомендациями могут служить воздержание от курения, регулярное здоровое питание, поддержание индекса массы тела менее 25 кг/м² (вне периода лактации), контроль АД и умеренную физическую активность (не менее 2,5 ч в неделю).

После накопления банков данных ДНК в рамках международного сотрудничества, которые смогут определить значимость взаимодействия генотипов

отца, матери и плода во взаимодействии с факторами окружающей среды, будут идентифицированы кластеры лиц с высоким риском развития ГНБ и ПЭ, что позволит улучшить профилактические и терапевтические подходы и разработать рекомендации по коррекции образа жизни на этапе подготовки к беременности не только для женщин, но и для мужчин. Кроме того, необходимы дальнейшие исследования для выяснения механизмов, лежащих в основе сердечной адаптации плода при ПЭ и ассоциированных с ней осложнений беременности, в отдаленном аспекте.

Вывод. Учитывая очевидное преимущество аспирина в снижении риска преждевременной ПЭ, его низкую стоимость и профиль безопасности, некоторые исследователи выступают за универсальную профилактику ПЭ с помощью этого лекарственного средства. Было высказано предположение, что это может стать более рентабельной стратегией по сравнению с использованием аспириновой профилактики у женщин из группы высокого риска, выявленного в процессе скрининга, который считается довольно сложным для реализации. Тем не менее возможные преимущества превентивной стратегии необходимо уравнивать с потенциальным вредом вследствие риска геморрагических и других побочных эффектов препарата.

Аналогичным образом, универсальное применение аспирина для первичной профилактики сердечно-сосудистых событий у здоровых пожилых привел к значительно более высокому риску значимых кровотечений, но незначительно снизил риск ССЗ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

**Гозиева Ш.С., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Мамасолиев З.Н.
Кафедра акушерства и гинекологии №1 Андижанский государственный
медицинский институт, АФ РНЦЭМП.**

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс клинической медицины, сердечнососудистые заболевания по-прежнему доминируют в структуре заболеваемости и смертности в экономически развитых странах, в том числе и в России. Артериальная гипертензия (АГ) является самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием (ССЗ), которым страдает от 15 до 20% человечества].

Женщины имеют особые, связанные с полом, факторы риска ССЗ. К особенно сложным и многогранным аспектам артериальной гипертензии относится проблема повышенного артериального давления у беременных, как в плане клинической эпидемиологии, диагностики, классификационных рамок, так и в плане лечебной тактики и профилактики осложнений. Сердечно-сосудистые заболевания занимают основное место в структуре экстрагенитальной патологии у беременных, составляя около 80 %, и до сих пор являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, имея четкую тенденцию к увеличению.

Цель исследования. Целью исследования является оптимизация диагностики, тактики ведения и профилактики гипертонических заболеваний у беременных



Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи мы отобрали в общей сложности 100 беременных женщин с гипертонической болезнью и провели у них обследование для оптимизации тактики ведения и профилактики

Результаты исследования. Женщины с ПЭ должны быть обследованы в условиях стационара. Необходимо обеспечить надлежащее дородовое наблюдение за матерью и плодом. Компонентами наблюдения в соответствии с международными рекомендациями являются: оценка матери по компонентам моделей PIERS (интегрированная оценка риска ПЭ), лабораторное обследование матери, ультразвуковая оценка роста плода, доплерография пупочной артерии и кардиотокография плода.

На сроке 32 нед и более при невозможности проведения кардиотокографии и ультразвукового исследования плода для оценки риска для плода следует учитывать клинические симптомы и оценку протеинурии с помощью тест-полосок. Для лечения нетяжелой АГ необходимо применять антигипертензивную терапию с целью достижения систолического и диастолического АД, равного или ниже 135 и 85 мм рт.ст. Препаратами первого выбора следует рассматривать пероральный лабеталол (не зарегистрирован в Российской Федерации), нифедипин и метилдопу. При тяжелой АГ (систолическое АД ≥ 160 мм рт.ст. или диастолическое АД ≥ 110 мм рт.ст.) следует срочно назначить антигипертензивную терапию под постоянным мониторингом за состоянием женщины и плода. Препаратами первого выбора считаются пероральный нифедипин, пероральный лабеталол, внутривенный лабеталол и внутривенный гидралазин.

Сульфат магния рекомендуется для профилактики эклампсии, а также в качестве нейропротективного средства для профилактики перинатальной заболеваемости при преждевременной ПЭ, требующей родоразрешения на сроке до 32 нед. Кроме того, имеются доказательства того, что сульфат магния снижает вдвое как частоту судорог среди женщин с ПЭ, так и рецидив судорог у женщин с эклампсией.

Вывод. Имеющееся огромное количество доказательств взаимосвязи ГНБ с повышенным риском ССЗ в будущем как для матери, так и для ребенка, остается предметом активного изучения.

Поскольку поиски полного понимания этой глобальной угрозы для матери и плода продолжаются, представляется чрезвычайно важным пристальное наблюдение за матерью и ребенком в период внутриутробного развития, после родов и в последующем с обязательными комплексными изменениями образа жизни матери.

Своевременно поставленный диагноз преэклампсии, позволяет подготовить беременную (стабилизировать гемодинамические и волевические показатели) и плода (провести, при необходимости, профилактику РДС плода), с целью снижения неблагоприятных исходов для матери и ребенка.



ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ

**Гозиева Ш.С., Асранкулова Д.Б., Мамасолиев Н.М., Каландаров М.
Кафедра акушерства и гинекологии №1 Андижанский государственный
медицинский институт, АФ РНЦЭМП.**

Актуальность. По данным ВОЗ за 2008 год, частота повышения артериального давления (АД) среди взрослого населения составила 20-30%. Увеличивается частота развития артериальной гипертензии (АГ) в молодом возрасте. По данным эпидемиологических исследований среди населения России старше 20 лет, стандартизованных по возрасту, распространенность АГ составляет 39% у мужчин и 41% - у женщин.

Женщины имеют особые, связанные с полом, факторы риска ССЗ. К особенно сложным и многогранным аспектам артериальной гипертензии относится проблема повышенного артериального давления у беременных, как в плане клинической эпидемиологии, диагностики, классификационных рамок, так и в плане лечебной тактики и профилактики осложнений. Сердечно-сосудистые заболевания занимают основное место в структуре экстрагенитальной патологии у беременных, составляя около 80 %, и до сих пор являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной смертности, имея четкую тенденцию к увеличению.

Цель исследования. Оптимизация ведения и лечения беременных с гипертензивным синдромом для улучшения исходов для матери и плода.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 104 первобеременных. Основную группу составили 64 женщины с наличием влияния модифицируемых факторов риска. В контрольную группу вошли 40 беременных, у которых влияние факторов риска отсутствовало.

Результаты исследования. Выбор акушерской тактики у беременных с артериальной гипертензией должен определяться формой гипертензивных нарушений, что позволит снизить гипердиагностику преэклампсии у пациенток с хронической артериальной гипертензией и своевременно родоразрешать беременных с преэклампсией для снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности у данной категории больных.

Проведение дифференциальной диагностики различных форм АГ у беременных необходимо проводить с учетом рутинных методов обследования, анализа показателей центральной гемодинамики, суточного мониторирования артериального давления, уровня проангиогенных и антиангиогенных сосудистых факторов.

Для беременных с ПЭ характерно увеличение уровней антиангиогенных факторов, ангиогенного коэффициента К и снижение проангиогенного фактора, по сравнению с пациентками с ХАГ. Диапазон значений для sFlt-1 от 22 010 до 65051 пг/мл, для sEng от 2900 до 15500 пг/мл, для ангиогенного коэффициента К от 480,51 до 4336,73, для PlGF от 14,50 до 32,50 пг/мл обладает высокой чувствительностью (до 74%) и специфичностью (100%) при положительной прогностической ценности (100%) в отношении преэклампсии.



Время пролонгирования беременности у пациенток с ПЭ средней степени тяжести прямо коррелирует с концентрацией проангиогенного белка (РЬвР) (коэффициент корреляции $r=0,571$) и обратно коррелирует с ангиогенным коэффициентом К (коэффициент корреляции $r=-0,597$).

Для раннего начала преэклампсии характерно формирование тяжелого эндотелиоза, что делает невозможным длительное прологирование беременности и диктует необходимость досрочного родоразрешения данной категории беременных.

Вывод. Дифференцированный подход к диагностике и тактике ведения беременных с различными формами артериальной гипертензии позволяет пролонгировать беременность у пациенток с хронической артериальной гипертензией, тем самым значительно улучшить постнатальные исходы у них.

Определение дополнительных критериев для дифференциальной диагностики преэклампсии и хронической артериальной гипертензии, позволяет снизить процент гипердиагностики преэклампсии и, как следствие, досрочного родоразрешения беременных с хронической артериальной гипертензией, что значительно улучшает перинатальные исходы.

Своевременно поставленный диагноз преэклампсии, позволяет подготовить беременную (стабилизировать гемодинамические и волевические показатели) и плода (провести, при необходимости, профилактику РДС плода), с целью снижения неблагоприятных исходов для матери и ребенка.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Д.А. Кодиров., Асадов Т.Ш., Ярматов К.Э, Хакимова Н.А, Э.А.Хакимов.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,

Республика Узбекистан Навоийский филиал РНЦЭМП,

**Республика Узбекистан Самаркандский государственный медицинский
Университет**

Важность проблемы увеличивается в связи с тяжелыми повреждениями внутренних органов, развивающимися при ожогах, длительностью течения болезни, большой потерей дней трудоспособности, частой инвалидизацией и все ещё большей летальностью пострадавших от ожогов. Для характеристики нарушений сердечно-сосудистой системы у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от тяжести ожоговой травмы, нами изучены показатели артериального давления (АД), отражающие состояние сердца и сосудов.

В период шока показатели АД исследованы у 60 пострадавших, которые в соответствии с тяжестью ожоговой травмы были разделены на 3 группы.

В первой группе (18 больных) с наиболее легкими ожогами (индекс Франка до 30) изучение величины АД показало следующее: при поступлении в стационар в первые сутки после травмы систолическое давление у этих больных составляло в среднем $172 \pm 12,2$ гПа ($p < 0,05$), диастолическое АД оставалось в пределах нормы, составляя $112 \pm 9,9$ гПа. Пульсовое давление составляло $58 \pm 7,4$ гПа.



На вторые сутки систолическое АД у пострадавших этой группы слегка повысилось, составляя в среднем $189 \pm 11,3$ гПа, в то же время величина диастолического давления была ниже, чем в первые сутки после ожога (в среднем $93 \pm 8,6$ гПа). У трёх больных, имевших в анамнезе гипертоническую болезнь, эти показатели составили соответственно 220-233 гПа и 106-113 гПа. Пульсовое давление в среднем по группе составляло $96 \pm 7,3$ гПа.

На третьи сутки показатели как систолического, так и диастолического АД находились в пределах нормы.

Во второй группе из 26 пострадавших с ожогами при индексе Франка от 31 до 60 в первые сутки после ожога отмечалось более выраженное снижение систолического давления, которое у 21 из 27 пострадавших было на 25-30% ниже возрастной нормы составило в среднем $160 \pm 11,5$ гПа ($p < 0,01$). Величина диастолического АД при этом снижалась лишь на 8-10% от возрастной нормы, оставаясь на уровне $102 \pm 6,9$ гПа. На вторые сутки показатели систолического АД в среднем составляли $153 \pm 10,2$ гПа, а диастолического - $93 \pm 8,6$ гПа, при этом пульсовое давление уменьшилось до $60 \pm 5,7$ гПа.

На третьи сутки после травмы в этой группе больных величина систолического АД незначительно повысилась, в среднем до $170 \pm 8,6$ гПа, а диастолическое практически не изменялось и равнялось $98 \pm 7,3$ гПа. Пульсовое давление составило $72 \pm 7,4$ гПа.

В третьей группе из 16 пострадавших с индексом Франка 61 и более показатели АД были снижены ещё в большей степени - на 35-40% от возрастной нормы. Так, в первые сутки ожогового шока систолическое давление составляло $145 \pm 8,6$ гПа, а диастолическое $85 \pm 5,6$ гПа. В последующие сутки систолическое АД несмотря на проводимую противошоковую терапию снижалось до $120 \pm 8,6$ гПа, а диастолическое до $69 \pm 5,6$ гПа ($p < 0,01$), при этом пульсовое давление было на уровне $30 \pm 4,2$ гПа. Значительная гипотония сохранялась и на третьи сутки, когда систолическое АД снижалось до $146 \pm 8,1$ гПа, а диастолическое до $73 \pm 4,1$ гПа.

Как видно из данных исследования, снижение АД наблюдалось в группе больных пожилого и старческого возраста уже с легким ожоговым шоком, ещё более снижалось у пострадавших с тяжелым и крайне тяжелым течением ожогового шока. Следует отметить, что в первой и во второй группе больных гипотония носила преходящий характер, то в третьей группе пострадавших показатели АД оставались значительно сниженными даже к концу третьих - началу четвертых суток. Относительная стабильность диастолического давления у больных в первые сутки после травмы, может быть связано со снижением эластичности сосудов, обусловленным атеросклеротическим процессом у этого контингента больных.



ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ УШИБА ЛЁГКИХ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Андижанский Государственный медицинский институт**

Цель исследования. Изучение клинической эффективности претрахеальной лимфотропной терапии и выбор оптимальной тактики лечения ушиба лёгких при закрытой травме грудной клетки.

Материал и методы. За последний год в РНЦЭМП Андижанский филиал находилось на лечении по поводу травм грудной клетки 96 пострадавших, из которых 91,3% - пациенты с закрытой травмой грудн. Возраст пациенто 19 - 76 лет, в среднем - 30 ± 5 лет. Причиной травм в 62% случаях было падение с высоты, в 24% - автоавария, в 14% - удары, сдавления грудной клетки. Переведены в торакальное отделение из других лечебных учреждений области 78% больных через 2-24 дня после травмы с различными осложнениями. Для диагностики локализации и степени повреждения органов грудной клетки применялись современные неинвазивные высокоинформативные методы: РИ, МСКТ, УЗИ сердца, плевры и легких. У 84% больных был выставлен диагноз ушиб лёгких. В хирургическом лечении преобладали малоинвазивные вмешательства: плевро- или торакоцентез, видеоторакоскопия (ВТС) и видеоассистированная торакоскопия (ВАТС). Показаниями к пункции и дренированию плевральной полости являлись пневмоторакс, малый гемоторакс, гемопневмоторакс. У 47 пациентов диагностированы одиночные и множественные переломы ребер, у 6 - перелом грудины, у 4 - перелом лопатки, у 7 - разрыв диафрагмы. У одной пациентки диагностирован полный отрыв правого и линейный разрыв левого главного бронхов. В 28% случаев имело место сочетанная травма. Среди осложнений травм груди наиболее часто наблюдался пневмоторакс с подкожной эмфиземой отмечен у 24, гемоторакс имел место у 18, сочетание синдромов у 31 больных. При решении проблем хирургической патологии на первый план стало выходить преобладание осложнений ушиба лёгких. Длительная интубации, строгий постельный режим и угнетение механизмов защиты дыхательной системы приводит к возникновению «посттравматической» пневмонии.

При динамическом наблюдении у 28% пациентов отмечалось ухудшение состояния вследствие присоединения внутрибольничной инфекции к имеющимся патологическим изменениям в паренхиме легочной ткани после УЛ. Об этом свидетельствовали нарастающие воспалительные изменения лабораторных показателей крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение уровня СРБ), а также результаты РИ и МСКТ – консолидация участков паренхимы в месте кровоизлияний (что указывает на уплотнение легочной ткани) и перифокальное «матовое стекло» (снижение прозрачности (воздушности) легочной ткани расценено как состояние, обусловленное прогрессированием текущего патологического процесса в местах внутрилегочного кровоизлияния, с явлениями интерстициального отека, утолщения стенок альвеол, их спадением, снижением воздушности). Лечебная стратегия ведения пациентов с УЛ включает адекватное обезболивание (нестероидные



противовоспалительные препараты), купирование острой дыхательной недостаточности (оксигенотерапия, методы респираторной поддержки), антикоагулянты (при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения). Лечение инфекционных осложнений заключается в назначении адекватной антибактериальной терапии при наличии показаний (лейкоцитоз $> 12 \times 10^9 / \text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов $> 10 \%$, уровень СРБ $> 50 \text{ мг} / \text{л}$ и / или уровень ПКТ $> 0,5 \text{ нг} / \text{мл}$, нарастания прокальцитонина), бронхолитических препаратов и ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС) в режиме небулайзерной терапии (противовоспалительный и противоотечный эффект), адекватной санации дыхательных путей (муколитические препараты). В настоящее время целесообразно стартовое применение цефтриаксона ($\geq 2-4 \text{ г}$ в сутки), цефотаксима, включая комбинацию этих препаратов с сульбактамом, амоксициллин / клавуланат, цефоперазон / сульбактам, цефепим, цефепим / сульбактам. При неэффективности терапии модификация лечения должна основываться на результатах микробиологической диагностики и получении результатов чувствительности микроорганизмов. Также назначение антибактериальных препаратов может быть рассмотрено с целью антибактериальной профилактики при установке плеврального дренажа. Для снижения частоты инфекционных осложнений применяются цефалоспорины I–II поколения в течение $\leq 24 \text{ ч}$. При введении антибактериальных препаратов $\geq 24 \text{ ч}$ риск развития инфекции в области хирургического вмешательства не уменьшается, но способствует селекции резистентных штаммов.

У 20 больным с УЛ в комплексе с применением традиционных методов введения антибиотикотерапии, с целью создания более высоких концентраций антибиотиков в лимфатическом русле легких и региональных лимфоузлах, а также борьбы с отеком, применялась претрахеальная лимфатическая терапия, разработанная С.У.Джумабаевым и соавт., (1990-2023), при которой препараты вводятся пункцией претрахеальной клетчатки на передней поверхности шеи над яремной вырезкой.

Препараты для лимфотропной терапии готовили extempore, с последовательным введением 0,5 %раствора новокаин-10 мл., Гепарин 5000 Ед, цефтриаксон 1,0 г., в низкой концентрации. Средний объем лекарственной смеси 15 мл. Вводимые препараты, не вступают в химическое взаимодействие, в связи с интервалом между введениями 5 минут.

Результаты исследования. У больных на фоне применения претрахеальной лимфотропной терапии на 3-и сутки после первой инъекции отмечалось снижение болевого синдрома по шкале ВАШ на 75 %. Полное купирование болевого синдрома отмечалось на трое суток раньше, чем в группе сравнения (после второй лимфотропной инъекции), благодаря чему увеличивались эффективный объем дыхания и газообмен. Лимфотропная терапия оказывает как местный, так и общий (системный) эффект. В связи с этим выделяют системные эффекты лимфотропной терапии, при которых лекарственные препараты вне зависимости от места их введения обеспечивают действие в разных участках организма, и региональные, направленные на определенный регион, пораженный патологическим процессом. Так, нормализация температуры тела наблюдалась на трое суток раньше, чем в группе сравнения. Нормализация величины лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), рассчитываемого по формуле и имеющего референсные значения от 1,6 до 2,1, в



основной группе исследования происходила в 1,3 раза быстрее, чем в группе сравнения ($p = 0,0117$), на пятые сутки госпитализации (4 сутки исследования). У всех пациентов отмечена положительная рентгенологическая и клиническая динамика. В результате применения лимфотропных инъекций осложнения УЛ при торакальных травмах в остром периоде возникали 1,8 реже, чем в группе с традиционным ведением послеоперационного периода. Также существенно сокращались сроки госпитализации, на $5,3 \pm 1,1$ дня. На наш взгляд, лечебный эффект лимфотропных лимфостимулирующих блокад складывается из следующих компонентов: 1) ноцицептивный блок обеспечивает прерывание афферентной раздражающей болевой импульсации; 2) лимфостимуляция в данном регионе приводит к увеличению пассажа межтканевой жидкости, улучшается лимфатический дренаж, элиминация продуктов воспаления вызывает снижение степени эндотоксикоза; 3) лекарственное насыщение регионарной лимфатической системы антибиотиком создает его концентрацию, достаточную для профилактики воспалительных осложнений.

Вывод. Претрахеальная лимфотропная терапия и предлагаемая тактика, у больных с торакальными травмами, показывают более благоприятное течение патологического процесса, а так же положительное влияние на раннее купирование болевого синдрома и воспалительной реакции - как основных составляющих патогенеза развития посттравматической пневмонии и её осложнений.

ИННОВАЦИОННЫЕ ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН (К 55- ЛЕТИЮ ЛИМФОЛОГИИ УЗБЕКИСТАНА)

**Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К., Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э.
Андижанский Государственный медицинский институт**

В этом году исполняется 55 лет с момента зарождения лимфологии в Узбекистане - как активно развивающегося инновационного научного направления нашей страны.

Цель исследования. Отрастить более чем полувековые достижения по разработке и внедрению инновационных лимфологических методов лечения в Республике Узбекистан.

Материал и методы. На сегодняшний день мы располагаем опытом лечения более 2000 больных, у которых применены, экспериментально разработанные, лимфологические методы лечения.

Результаты исследований. Хирургия лимфатической системы, грудного протока. Исследования впервые в республике начаты в ГУ РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова профессорами, Ф.Г.Назыровым, И.А. Рябухиным, П.М. Хамидовым. Полученные ими результаты позволили качественно улучшить хирургическое лечение больных с патологией печени. У.К. Юлдашевым и др., разработаны и внедрены различные микрохирургические и консервативные методы лечения лимфедемы и мальформаций лимфатических сосудов. Разработаны хирургические методы лечения посттромботической лимфедемы. Прямая эндолимфатическая терапия. Внедрены в клиническую практику методы в лечении гнойно-септических поражений различных органов сотрудниками Ташкентского педиатрического медицинского института.



Сотрудниками Андижанского Государственного медицинского института, Самаркандского Государственного медицинского института, Бухарского Государственного медицинского института и др., эти методы широко применяются в хирургической практике. Методы оказались весьма эффективными в экстренной медицине, в лечении туберкулеза легких, онкологических и других заболеваний. (Ш.А. Дадаев, А. Ашурметов, И.А. Ахмедов, Л.Г. Нугманова, Б.А. Ахунджанов, А.С. Саидханова, Р.Ю. Омиров, и др.). Непрямая лимфатическая (лимфотропная) терапия. Техническая простота сочетающиеся с достаточной эффективностью делают его методом выбора для использования в системе экстренной медицинской помощи, в первичном звене здравоохранения, на этапах медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях. (Э.С. Джумабаев, И.Р. Файзиев В.А. Хакимов, и др. Региональная лимфатическая терапия. Приоритетная разработка республиканского научного центра клинической лимфологии министерства здравоохранения Республики Узбекистан.. Региональная лимфатическая антибиотикотерапия, стимуляция лимфатического дренажа тканей, иммуномодулирующая терапия оказываются высокоэффективной мерой предупреждения ряда грозных осложнений после операций на органах грудной и брюшной полостей. Метод оказался весьма эффективным в комплексном лечении больных с осложненным аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, инфильтратами и абсцессами брюшной полости, острой кишечной непроходимостью, ущемленной грыжей и перитонитом. Лимфотропная антибиотикотерапия позволяет в 2 и более раз уменьшить суточную дозу вводимых антибиотиков и число производимых инъекций. Этим самым уменьшается побочное действие антибиотикотерапии. Метод позволяет быстрее чем обычно снижать воспалительные явления, с нормализацией температуры тела, содержания лейкоцитов крови и СОЭ. В связи с простотой выполнения лимфотропная терапия широко применяется во всех звеньях структуры экстренной медицинской помощи. В последние годы разрабатываются методы лимфотропной терапии цитостатиками, иммуномодуляторами, ингибиторами протеаз, нейролептиками и анальгетиками. Сегодня Узбекистан имеет свою школу клинической лимфологии, характеризующуюся разработкой самостоятельного, признанного в кругу специалистов научного направления, внедренного в практическое здравоохранение, Разработано более 35 лечебных методик, которые с успехом используются не только в хирургии, но и терапии, гинекологии, офтальмологии, оториноларингологии, онкологии, травматологии, флебологии, нейрохирургии дерматовенерологии, фтизиатрии, неврологии, инфекционных болезнях и др

Выводы. С позиций оптимизации расхода материальных средств, уменьшения риска развития внутрибольничной инфекции, минимализации негативного воздействия лекарственного средства на организм, особого внимания заслуживают следующие характеристики региональной лимфологических методов в сравнении с традиционными методами лечения: сокращение расхода лекарственных средств в 1,5-2 раза, уменьшение количества инъекций в 2-3 раза, сокращение сроков лечения на 10-25% и расходов на стационарное лечение на 25-40%.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Джуманиязовой Г.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Респираторный дистресс является распространенным явлением, затрагивающим до 7% всех доношенных новорожденных и все чаще встречается даже у умеренных недоношенных. Профилактические и терапевтические меры для некоторых из наиболее распространенных основных причин хорошо изучены и при их реализации могут снизить бремя болезней. Неспособность быстро распознать симптомы и лечить основную причину респираторного дистресса у новорожденного может привести к краткосрочным и долгосрочным осложнениям, включая хроническое заболевание легких, дыхательную недостаточность и даже смерть.

Респираторный дистресс-синдром или болезнь гиалиновых мембран – острое нарушение функции дыхания, развивающееся преимущественно у недоношенных детей в первые часы жизни, обусловленное незрелостью легких, дефицитом сурфактанта. РДС вызывается дефицитом сурфактанта и часто также называется болезнью гиалиновой мембраны, которая, строго говоря, является гистологическим диагнозом. Новорожденные дети с РДС присутствуют в течение первых 4-6 часов жизни. Это обычно наблюдается у недоношенных детей; однако опубликованные данные показали, что младенцы с массой тела при рождении >2500 г составляют от 9,9% до 11,5% младенцев с РДС, а дети с гестационным возрастом ≥ 37 недель беременности составляют 7,8% (Edwards MO, Kotecha SJ, Kotecha S.2013).

У недоношенных новорожденных с СДР средней тяжести в 15,2 % после рождения выявлялись дыхательные нарушения, обусловленные рассеянными ателектазами легких и отечно-геморрагическим синдромом на фоне гипоксического поражения ЦНС. Тяжесть СДР оценивалась по шкале Сильверман в 4-5 баллов. У всех недоношенных новорожденных дыхание сопровождалось усилением втяжения межреберий и эпигастральной области, умеренным раздуванием крыльев носа, затрудненным выдохом. причинами смерти новорожденных в перинатальном периоде пневмопатии : гиалиновых мембран, ателектаз легких, аспирационный синдром, перинатальное поражение, врожденные пороки развития, родовая травма, внутрижелудочковые и субарахноидальные кровоизлияния, инфекционные заболевания матери и плаценты.

Выводы: таким образом, респираторный дистресс-синдром новорожденных продолжает оставаться одним из самых частых и тяжелых заболеваний раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных. Раннее введение сурфактанта и поддержание искусственного дыхания наиболее эффективны в терапии респираторного дистресс-синдрома. Антенатальная профилактика и адекватная терапия РДС позволяют снизить летальность и уменьшить частоту осложнений при этом заболевании у новорожденных.

Джуманиязовой Г.М.



Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Республика Узбекистана.г. Ургенча

Морфологические проявления респираторного дистресс-синдрома у детей, рожденных с экстремально низкой массой тела

Актуальность: Респираторный дистресс является распространенным явлением, затрагивающим до 7% всех доношенных новорожденных и все чаще встречается даже у умеренных недоношенных. Профилактические и терапевтические меры для некоторых из наиболее распространенных основных причин хорошо изучены и при их реализации могут снизить бремя болезней. Неспособность быстро распознать симптомы и лечить основную причину респираторного дистресса у новорожденного может привести к краткосрочным и долгосрочным осложнениям, включая хроническое заболевание легких, дыхательную недостаточность и даже смерть.

Респираторный дистресс-синдром или болезнь гиалиновых мембран – острое нарушение функции дыхания, развивающееся преимущественно у недоношенных детей в первые часы жизни, обусловленное незрелостью легких, дефицитом сурфактанта. РДС вызывается дефицитом сурфактанта и часто также называется болезнью гиалиновой мембраны, которая, строго говоря, является гистологическим диагнозом. Новорожденные дети с РДС присутствуют в течение первых 4-6 часов жизни. Это обычно наблюдается у недоношенных детей; однако опубликованные данные показали, что младенцы с массой тела при рождении >2500 г составляют от 9,9% до 11,5% младенцев с РДС, а дети с гестационным возрастом ≥ 37 недель беременности составляют 7,8% (Edwards MO, Kotecha SJ, Kotecha S.2013).

У недоношенных новорожденных с СДР средней тяжести в 15,2 % после рождения выявлялись дыхательные нарушения, обусловленные рассеянными ателектазами легких и отечно-геморрагическим синдромом на фоне гипоксического поражения ЦНС. Тяжесть СДР оценивалась по шкале Сильверман в 4-5 баллов. У всех недоношенных новорожденных дыхание сопровождалось усилением втяжения межреберий и эпигастральной области, умеренным раздуванием крыльев носа, затрудненным выдохом. причинами смерти новорожденных в перинатальном периоде пневмопатии : гиалиновых мембран, ателектаз легких, аспирационный синдром, перинатальное поражение, врождённые пороки развития, родовая травма, внутрижелудочковые и субарахноидальные кровоизлияния, инфекционные заболевания матери и плаценты.

Выводы: таким образом, респираторный дистресс-синдром новорожденных продолжает оставаться одним из самых частых и тяжелых заболеваний раннего неонатального периода у недоношенных новорожденных. Раннее введение сурфактанта и поддержание искусственного дыхания наиболее эффективны в терапии респираторного дистресс-синдрома. Антенатальная профилактика и адекватная терапия РДС позволяют снизить летальность и уменьшить частоту осложнений при этом заболевании у новорожденных.

ТЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ У ВИЧ ИНФЕКЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.

Джураев М.Г.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Актуальность: ВИЧ-инфекция является опасным заболеванием, которое поражает мужчин и женщин любого возраста. Вирус иммунодефицита влияет на все звенья иммунной защиты как макрофаги, лимфоциты разных классов и другие клетки. Назначение препаратов этого ряда оправдано по причине большого числа возможных инфекций грибкового, бактериального и вирусного происхождения, присоединяющихся к ВИЧ-инфекции. У ВИЧ инфицированных больных нередко встречаются кандидозные поражения в виде беловатых творожистых наложений слизистой оболочки гениталий.

Цель: Оценка и сравнения эффективности фунгицидной терапии при кандидозной инфекции больных с ВИЧ инфекцией.

Методы исследования: Было проведено исследование эффективности фунгицидной терапии у ВИЧ-инфицированных лиц и больных СПИДом, обратившихся медицинской помощью по поводу кандидоза гениталий. В исследование было включено 23 пациента: 14 (63,6 %) женщин и 8 (36,3 %) мужчин в возрасте от 17 до 40 лет. Диагноз кандидоза ставился на основании клинических обследований. Терапия кандидозной инфекции проводилась нистатином, кетоконазолом и флуконазолом в виде мази и свечи.

Результаты: Обследованные больные часто жаловались на поражение слизистой оболочки различной локализацией в гениталиях. Клинические формы имели следующие структуры: вульвит – 28%, вульвовагинит – 52%, баланит – 12%, баланопостит - 8%. Выраженные изменения отмечались при снижении количества количества CD4 клеток ниже 200/мм. куб. Лечение было эффективным в подавляющем числе случаев и не имело побочных явлений. Эффективность лечения с учетом фунгицидной терапии составило: нистатин – 3 больных, кетоконазол – 8 больных, флуконазол – 11 больных.

Выводы: Результаты исследования свидетельствует о высокой эффективности фунгицидных препаратов, которые используются в современной практике лечения вторичных микозов при ВИЧ-инфекции. В настоящий момент антимикотическая терапия при ВИЧ-инфекциях не представляет определённых затруднений, исключая случаи фатальной абсолютной иммунодепрессии.

СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРИ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА, РОЖДЁННЫЕ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Джураев М.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: Корь – острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, воспалением верхних дыхательных путей, слизистых оболочек глаз, полости рта, красными крупными пятнистыми высыпаниями на коже.

По данным Всемирной организации здравоохранения, эпидемиологическая ситуация по кори в мире и в Европейском регионе ухудшилась в 2023 году из-за накопления непривитых детей из-за количества детей, отказавшихся от прививки, а также из-за карантинных ограничений во время пандемии COVID-19. Выявлено, что по состоянию на июль 2023 года в странах Центральной Азии, в том числе в Узбекистане, в вирусологическую лабораторию направлены образцы крови 306 больных с подозрением на корь, у которых в дальнейшем был подтверждён диагноз кори.

По данным ВОЗ, эпидемиологическая ситуация по кори во всем мире и в Европе остается сложной.

Цель исследования - изучить особенности течения кори у детей до года, рожденных с помощью кесарева сечения.

Материалы и методы. Проведено наблюдение за 30 новорожденными, поступившими с корью в отделение острых воздушных инфекций Андижанской областной инфекционной больницы. Из них – с направительным диагнозом корь инфекция - 17 детей, корь с гипертемическим синдромом – у 7 детей, у остальных 6 детей была диагностирована корь инфекция с осложнением пневмонии, которые появились на свет путём кесарева сечения. У всех детей выявлено влияние неблагоприятных факторов в анти - и интранатальном периодах развития. Токсикоз беременности отмечен у 27 матерей, заболевания (ТОРЧ) вирусной этиологии - у 15, анемия - у 25, длительный обезвоженный период – у 14, асфиксия при родах - у 8.

Результаты и их обсуждение. Следует отметить, что возбудителем заболевания является вирус. Когда больной кашляет, чихает, разговаривает, вирус попадает в воздух через мелкие капельки слюны, а затем через дыхательные пути попадает в организм здорового ребенка. Не следует забывать, что кори восприимчивы все люди. После перенесенного заболевания формируется стойкий пожизненный иммунитет. В клинике заболевания выделяют 4 стадии. Латентный период составляет 6-18 дней. Прдромальный период длится 3-4 дня после инкубационного периода. Заболевание начинается остро, повышается температура тела, у больного появляется сухой кашель, грипп, глаза красные и слезящиеся, осиплость голоса, появляется светобоязнь. В этот период за 2-3 дня до появления сыпи на слизистой оболочке щёк появляются мелкие белёсые пятнышки, окружённые узкой красной каймой. Сыпь исчезает через 1-2 дня. На слизистой оболочке мягкого и твердого неба появляются энантемные мелкие красные пятна. Естественно, у ребенка развивается слабость, он становится капризным, теряет сон, аппетит, у него может развиваться понос.

У 6 детей до года, находившихся под нашим наблюдением и родившихся с помощью кесарева сечения, корь осложнилась. В продромальном периоде заболевания наблюдались головная боль, рвота, носовые кровотечения, боли в животе. В период высыпаний у больных температура нормализовалась, горло было красным, а к 4-му дню появилась характерная красная крупная сыпь, которая через несколько часов распространилась на все лицо. На второй день сыпь распространилась на всё тело, руки и ноги. Было замечено, что сыпь не была эпизодической, а была постоянной. Через 6-7 дней сыпь на лице начинала темнеть и превращаться в коричневые пятна. Сохранились такие осложнения, как пневмония (воспаление легких), отек горла, воспаление среднего уха (отит), кишечные заболевания. Особенно опасна корь для детей до года, рожденных путем кесарева сечения, а также для детей других возрастов. По этой причине им следует быть очень осторожными при контакте с больными корью.

Также следует отметить, что если наши дети будут привиты от этих заболеваний, любые осложнения, неприятные ситуации будут исключены.

Выводы. Было выявлено, что у детей, рожденных путем кесарева сечения, продромальный период заболевания удлиняется, часты тяжелые осложнения, как инфекция среднего уха, пневмония, боль в горле, неравномерная стойкая сыпь, диарея и даже энцефалит (воспаление головного мозга). Кроме того, осложнения чаще встречаются у недоношенных маленьких детей, особенно у детей с дефицитом витамина А или низким иммунитетом. Назначение антибиотиков, выбор дозы и кратности введения проводились строго обоснованно. По сравнению с детьми, рожденными естественным путём, малыши, появившиеся на свет с помощью кесарева сечения, имеют: более высокий риск развития заболеваний ЦНС, особенностей в развитии, сниженный иммунитет, дефицит полезных бифидобактерий в кишечнике.

ЗНАЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ ПУЛЬСА ПРИ ЗАНЯТИЯХ СПОРТОМ

Ермахаматов Улугбек Даулетович
Лечебный факультет, 3-курс
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Определить значение контроля пульса при занятиях спортом.

Материал и методы. Пульс - это периодические толчкообразные колебания стенки артерии, возникающие вследствие выброса крови из сердца при его сокращении. Для проведения данного исследования были привлечены профессиональные футболисты мужского пола возрастом до 21 года, выступающие за молодёжный футбольный клуб. Участники эксперимента были разделены на две группы. Первая группа тренировалась по «классической» схеме без учёта пульса. Вторая же группа следила за пульсом и тренировалась с учётом Целевой зоны пульса. Целевая зона пульса - это тот индивидуальный диапазон пульса, при котором занятие любым видом физической активности становится эффективным, достигается эффект тренированности, а также снижается риск тренировки под большими нагрузками сердца. Для составления графика целевой зоны пульса сначала было определено значение МЧСС(максимальное число сердечных сокращений) по формуле: $214 - (0,8 \times$

возраст). Далее по процентному соотношению от МЧСС были определены зоны пульса. Всего имеется пять зон: 1. Аэробная зона (50-60% от МЧСС), 2. Зона жирового сжигания (60-75% от МЧСС), 3. Зона силовой выносливости (75-85% от МЧСС), 4. Тяжелая зона (80-90% от МЧСС), 5. Максимальная зона (90-100% от МЧСС). Данные зоны активно чередовались, а также спортсмены не находились на этих зонах больше времени, чем рекомендовано ведущими европейскими специалистами по спортивной медицине. Для первой зоны рекомендовано 20-40 минут тренировок, для второй – 40-80 минут, для третьей зоны – 10-40 минут, для четвертой зоны – 2-10 минут, для пятой зоны – не более 5 минут тренировок. Вторая группа спортсменов часто меняла темп тренировки по мере изменения пульса для уменьшения нагрузки на сердце. В ходе исследования пульс измерялся современными умными часами. Результаты исследования. В результате исследования было выявлено, что после тренировочного процесса группа футболистов, занимавшаяся с учетом Целевой зоны пульса, чувствовали себя лучше, чем футболисты, занимавшиеся по «классической» схеме. 80% спортсменов, следивших за пульсом, ощущали легкость после тренировки, 20 % спортсменов же отметили, что не чувствуют особых изменений. Среди спортсменов, не следивших за пульсом, 60% чувствовали усталость после тренировочного процесса, 20 % сказали, что находятся в средней тяжести усталости, оставшиеся 20% не почувствовали особых нагрузок. Выводы. Следить за пульсом в процессе тренировки имеет особую важность. С помощью показателей пульса можно своевременно оценить уровень нагрузки на сердце. Таким образом можно выявлять заболевания системы кровообращения у спортсменов на ранних стадиях, тем самым уменьшать количество сердечных приступов в процессе спортивных занятий. Необходимо вести правильную разъяснительную работу среди юных спортсменов, а также тренерского состава, повышать их уровень медицинской осведомленности.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКА РАН ВЕК

Д.Л.Жалолиддинов

Андижанский Государственный Медицинский институт.

Актуальность. После проведения первичной хирургической обработки (ПХО) ран век может возникать различных осложнений. Цель – изучить зависимость послеоперационных осложнений от времени года проведения ПХО ран век. Материал и методы. Проведен анализ 45 случаев обращения в клинику АГМИ глазной отделении больных с повреждениями век в возрасте от 12 до 75 лет за 2022-2023 гг. Результаты. Из общего количества пациентов, обратившихся за помощью у 38 больных после проведения ПХО ран век, были получены хорошие функциональные и косметические результаты. У 7 отмечен ряд осложнений в виде рубцового выворота и заворота век, лагофтальма, трихиаза, расхождения швов, гнойного расплавления тканей. Проанализировав причины возникновения осложнений, выявили, что у 38 из 45 пациентов ПХО ран век проводили хирурги общего профиля, нейрохирурги, травматологи, не имеющие офтальмологической подготовки. В этих случаях больные поступали в лечебные учреждения с политравматическими повреждениями, а ранения

век были сопутствующей патологией. 39 пациен- там из этой группы ПХО ран век проводили офтальмологи. Качество оказания помощи зависело от квалификации врачей и времени суток обращения больных. Отмечено, что не оптимальная тактика первичной реконструкции век, требующая повторных вмешательств, была проведена офтальмологами со стажем работы до 5 лет у 7 из 45 пациентов , врачами 2—й квалификационной категории у 9 пациентов 1—й категории у 5 пациентов , высшей категории у 2 пациентов. Выводы. Таким образом, наименьшее число осложнений наблюдалось при ПХО ран век, проведенных в специализированных офтальмологических стационарах офтальмохирургами высшей и первой квалификационной категории с использованием современного шовного материала и микроинструментов, и максимальным сопоставлением анатомических структур век.

МИОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Жалолиддинов.Д.Л.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Цель. Изучить развитие и течение врожденная миопия у детей.

Материалы и методы. Для изучения частоты и структуры врожденная миопия у детей Андижанской детской клинической больницы за год. Всего было обработано 120 амбулаторных карты.

Результаты и их обсуждение. В отделении Андижанской детской клинической больницы находилось 120 (240 глаз) дети до 14 лет ; у 88 из них при первом обследовании была обнаружена на обоих глазах высокая степени близорукости. Близорукие дети при рождении имели вес 1,700 - 2,500 г, т.е. по классификации Е.Новиковой (1971) они относилось ко 1 – ой степень недоношенности. Возраст детей при первом обследовании был различным; от 1 - до 3 год; от 3 –до 6 лет – 4 детей. По степени близорукости глаза наблюдающихся нами детей можно выделить на три группы: близорукость от 3 до 6 дптр 56 глаз; от 7 до 10 дптр – 36 глаз; от 11 до 14 дптр 44 глаз; больше 14 дптр 12 глаз.

Из других особенностей близоруких детей до 14 лет отмечались: слабо реагирующий зрачок, мелкая передняя камера, обесцвеченности глазного дна и анизометропия. Глазная яблока по размерам соответствовало глазу доношенного ребенка, ПЗО было 24-28 мм но его тонус был сниженным и склера была с синеватым оттенком.

С ростом ребенка ориентировочное обследование остроты зрения было: от 0,02 до 0,09 – 10 глаз, от 0,1 до 0,2 – 6 глаза. Коррекцию близорукости мы начинали с 4-6 летнего возраста. Наши наблюдения показали, что острота зрения с очками у детей постепенно улучшилась. Каждые 6 месяц мы проводили атропинизации. Глазная яблока при внешнем осмотре по размером соответствовало росту ребенка.

Со стороны общего состояния организма ребенка, кроме основных симптоматики близорукости в ранние сроки обследования, педиатром отмечалось наличие гипохромной анемии и понижение процента гемоглабина. Постепенно все эти изменения исчезали.



Выводы. результаты наблюдений за детьми дошкольного возраста города Андижана свидетельствуют не только об особенностях организма ребенка, но и об особенностях его органа зрения, и в том числе врожденной высокой близорукости.

ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННЫМ ФЕНОТИПОМ КАРДИОМИОПАТИИ.

Жололов Б.Б.

Андижанский государственный медицинский институт.

Введение. Из большого числа поражения ССС у детей, особое место занимает кардиомиопатии (КМП) - это группа заболеваний в основе которых лежат не воспалительные изменения в миокарде, приводящие к нарушениям в сердечной мышце и проблемам кровообращения в ней. Из числа всех разновидностей с наибольшей частотой у детей встречаются кардиомиопатии с дилатационным фенотипом.

Цель исследования: установить частоту осложнений у детей с дилатационным фенотипом кардиомиопатии.

Материалы и методы. Обследовано 40 детей с дилатационным фенотипами, в возрастном диапазоне от 1 года до 18 лет, которым проведено комплексное клиничко-инструментальное обследование. Полученные нами данные основывались на результатах клинического обследования каждого ребенка, критериях ЭКГ в 12общепринятых отведениях, а параметры морфологического и функционального оценивались на основании эхокардиографии в режимах «М» и «В», с использованием доплерографии.

Результаты. С первичной госпитализацией составили 85% детей; 10% - с второй госпитализацией и 5% - с третьей госпитализацией. У 16 (40%) детей заболевание развивалось постепенно, при этом причину формирования дилатационного фенотипа установить не удалось; у остальных (60%) установлена связь с перенесенными острыми респираторными заболеваниями.

По совокупности жалоб и клинической оценки в два раза чаще дети поступали в тяжёлом состоянии (67,5%), с симптомами сердечной недостаточности II-A (47.5%) и II-B (52,5%) степени, как проявлений уже развившихся осложнений. Нами выделены следующие

симптомы сердечной недостаточности: одышка, преимущественно в состоянии покоя (80%), навязчивый кашель (80%), чувство нехватки воздуха (55%), кардиалгия (27,5%) и у 1/3 детей отмечалось снижение диуреза, сопровождающееся отёками нижних конечностей. У всех детей отмечалось увеличение относительной тупости сердца влево, причём у 8 (10%) расширение границ сердца в обе стороны. Независимо от возраста и пола, на фоне приглушенности сердечных тонов выслушивался систолический шум на верхушке. Феномен “ритма галопа” выявлен у 16% детей, преимущественно в старшей возрастной группе.

На ЭКГ у детей выявлены все признаки поражения миокарда и нарушения ритма сердца. Наиболее значимыми явились: перегрузка левого предсердия и левого



желудочка 14 (35%), гипертрофия левого желудочка 18 (45%), гипертрофия обоих желудочков 2 (5 %), гипертрофия левого предсердия и левого желудочка 6 (15%).

Значительно отягощают и осложняют течение дилатационных кардиомиопатий аритмии, которые могут быть причиной смерти детей. Из полученных результатов в структуре нарушения автоматизма наиболее часто встречалась синусовая тахикардия (65%). Из нарушений проведения импульса особую озабоченность, в плане прогноза дальнейшего течения, вызывает WPW синдром (7,5%), который может усугублять клиническое течение сердечной недостаточности и быть причиной летального исхода. Кроме того, в 35% случаев у детей с дилатационным фенотипом на ЭКГ диагностирована субэндокардиальная ишемия миокарда левого желудочка, что является негативным фактором в дальнейшем прогнозе ДКМП. У всех обследуемых детей на Эхокардиографии выявлена дилатация левого желудочка с очень низкими значениями фракции изгнания (24-32%), что является показателем систолической дисфункции у детей с дилатационным фенотипом.

Вывод. Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что прогрессирующая сердечная недостаточность, а также жизнеугрожаемые нарушения ритма и проводимости являются грозными осложнениями, влияющими на прогноз у детей с дилатационным кардиомиопатией.

ЧАСТОТА БРАДИАРИТМИЙ У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИМИОПАТИЕЙ.

Жололов Б.Б.

Андижанский государственный медицинский институт.

Актуальность. ДКМП – одна из наиболее распространённых форм кардиомиопатий, которая встречается в любом возрасте, в том числе и у детей.

Материалы и методы исследования. В обследование включено 86 детей с подтвержденным диагнозом ДКМП, из которых 20 детей – с брадикардическим вариантом. Диагностика ДКМП основана на анамнестических данных, результатах клинического осмотра и инструментальных данных – ЭКГ, СМ ЭКГ, Эхо КГ и рентгенография грудной клетки.

Результаты. Синусовая брадикардия нами диагностировалась, если частота сердечных сокращений находилась ниже порогового уровня более, чем на 5% от возрастных

нормативов. Возрастной диапазон детей с брадикардической формой ДКМП

составил 7-16 лет, при чем по половому признаку преобладали девочки (65% против 35% мальчиков). Дети с первичной госпитализацией составили 40%; с двумя – 35% и

остальные дети в анамнезе имели 3 и более госпитализации. При поступлении в стационар у 3-х детей состояние оценивалось как тяжелое, у остальных – средней тяжести. У 4-х детей с первичной госпитализацией данное заболевание выявилось случайно, при профилактическом осмотре. Наличие брадикардии и систолического шума на верхушке явилось причиной дальнейшего обследования. Ведущей жалобой всех детей с брадикардической формой ДКМП до поступления на стационарное

лечение явилась слабость, с тенденцией к нарастанию, плохая переносимость физической нагрузки, сопровождающаяся появлением одышки. У 4-х детей (20%) в возрастном диапазоне 14-16 лет отмечались частые головокружения и эквиваленты синкопального состояния. Нередкими были жалобы (30%) на чувство нехватки воздуха, особенно в вечернее время или после физической активности. Данные симптомы можно объяснить наличием умеренных нарушений церебрального кровотока, особенно у детей с длительным течением брадиаритмии (брадикардии). Объективный осмотр выявил выраженную бледность кожных покровов (100%), разлитой верхушечный толчок (100%) и систолический шум различной интенсивности, выслушиваемый на верхушке и на основании сердца. Средние показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) у детей 7-10 лет составили 72-78 ударов в минуту; у детей 11-16 лет – 64-70 ударов в минуту.

На ЭКГ у всех обследованных детей регистрировалась брадикардия (значения R-R = 0,96 с – 0,78 с) и нарушения проводимости, в виде внутрижелудочковой блокады, атриовентрикулярной блокады I степени (11 детей – 55%). Атриовентрикулярная блокада II степени II типа зарегистрирована на ЭКГ у 4-х детей (20%) 14-16 лет. Основанием для постановки данного нарушения проводимости явилось беспорядочное выпадение желудочкового комплекса QRS в виде длинной паузы после зубца Р при удлинённом, но с одинаковой продолжительностью интервала Р-Q. У 3-х детей (15%) зарегистрирован синдром слабости синусового узла I типа. ЧСС. У 2-х детей (10%) внутрижелудочковые нарушения проведения импульса проявились неполной блокадой правой ножки пучка Гисса.

По данным ЭхоКГ лишь у 2-х детей (10%) отмечалась бивентрикулярная дилатация, у остальных изолированная дилатация левого желудочка. Практически у всех детей отмечалось повышение конечного диастолического размера (КДР) левого желудочка с разной степенью выраженности. Наибольшие показатели имели дети (20%) с длительностью заболевания более 5 лет (5,6 мм – 6 мм), но с сохранённой систолической функцией (ФВ = 58% - 64%).

Вывод. Таким образом, нами установлено, что длительно существующая брадиаритмия (брадикардия) приводит к дилатации преимущественно левого желудочка, к увеличению конечно-диастолического размера, но с сохранённой сократительной функцией миокарда.

Все дети с брадиаритмией требуют динамического наблюдения у кардиолога с целью предотвращения развития жизнеугрожаемых нарушений ритма сердца.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ СЕПСИСОМ

**Жуманазаров А.У., Абсаттарова М.С.
Ташкентская медицинская академия**

Цель исследования. Показать результаты лечения пациентов с разлитым гнойным перитонитом при санациях брюшной полости по клиническим показаниям (релапаротомиях «по требованию») и «по программе».



Материал и методы. Первая группа - 16 больных разлитым гнойным перитонитом, сепсисом. При ПОН и после его купирования – закрытое ведение, релапаротомии «по требованию». Вторая группа - 25 человек, этапное лечение: при ПОН – открытое ведение брюшной полости с формированием лапаростомы, ежедневные санации «по программе». После купирования ПОН – ушивание раны передней брюшной стенки, закрытое ведение и санации «по требованию». Общие принципы лечения включали: интенсивную терапию с мониторингом органных дисфункций и последующей коррекцией выявленных нарушений; антибактериальную терапию с учетом результатов микробиологических исследований; раннее парентеральное питание; санации брюшной полости, дренирование брюшной полости в перерывах между санациями; смену хирургической тактики после купирования явлений абдоминального сепсиса. Показаниями для санаций были: наличие полиорганной недостаточности; местных воспалительных изменений органов и тканей брюшной полости, визуально требующие продолжения санаций в ежедневном режиме; появление по дренажам примесей (моча, желчь, желудочное, кишечное отделяемое), а также наличие дополнительных признаков местных и системных нарушений.

Результаты исследования. При санациях брюшной полости по требованию количество релапаротомий не превышало 2.3 ± 1.8 раз. Средняя продолжительность периода между релапаротомиями – 4.2 ± 5.4 дня. Летальность составила 56.2% (умерло 9 из 16 человек). При патологоанатомическом исследовании у 8 (88.8%) из 9 человек были выявлены явления некупированного перитонита. При санациях брюшной полости «по программе» количество релапаротомий составило 2.4 ± 1.6 раз. Средняя продолжительность периода между релапаротомиями не превышало 12 - 36 часов. Применение открытого способа хирургического лечения больных разлитым гнойным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом позволило улучшить результаты лечения: снижение в 1,4 раза длительности нахождения в РАО, на 3,1 дня длительности лечения в стационаре, в 2.5 раза летальности

Заключение. Высокая летальность больных распространенным гнойным перитонитом с явлениями тяжелого абдоминального сепсиса (51.8%) при закрытом ведении брюшной полости, использовании релапаротомий «по требованию» и традиционного дренирования трубчатыми дренажами во многом обусловлена не только исходной тяжестью состояния пациентов, но и несвоевременностью санаций брюшной полости. Эффективность пассивного дренирования брюшной полости в перерывах между санациями может быть существенно повышена ее открытым ведением, контрапертурным дренированием боковых каналов через дополнительные поперечные миниразрезы и использованием широких плоских перчаточных дренажей. Частота ближайших и отдаленных раневых осложнений (некрозы краев, кишечные свищи, эвентрации, грыжи) может быть существенно снижена своевременным ушиванием ран и переходом на закрытое ведение брюшной полости.



УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

**Жуманазаров А.У., Абсаттарова М.С.
Ташкентская медицинская академия**

Цель: Сравнить используемые на данное время методы ведения больных с повреждением селезенки при сочетанной травме живота и определить совершенный метод для данной категории больных.

Материалы и методы: среди 104 пострадавших, поступивших в отделение экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии, на протяжении последних 5 лет, с тяжелой сочетанной травмой живота, повреждения селезенки были у 56 (38.3%). Тактика хирургического лечения повреждений селезенки зависела от характера повреждений селезенки (AAST), от компенсации гемодинамики пострадавшего, квалификации хирурга и возможности применить тот или иной метод гемостаза.

Результаты исследования: у 1 (1.8%) пострадавших при лапароскопии нами были выявлены разрывы паренхимы с остановившимся кровотечением. После санации брюшной полости (удаление сгустков крови) им проводили консервативное лечение (выздоровление). Органосохраняющие операции (ОСО) нами были выполнены у 8 (23.5%) пострадавших: шов селезенки с окклюзией ветвей а. lienalis у 2 (5.8%), коагуляцию поврежденной паренхимы у 4, а резекция органа у 2 пострадавшим. У двух пострадавших, которым мы произвели ушивание ран селезенки, в последующем из-за неэффективности шва, пришлось выполнить релапаротомию и спленэктомию. Реализация принципов берегательной хирургии селезенки при политравме, сопровождающейся развитием гемодинамических нарушений, требующих инотропной поддержки дискусионна, особенно в случаях доминирующей травмы живота. Считаем, что выполнение ОСО на селезенке в контексте политравмы является возможным при тяжести повреждения селезенки I-IV степени по AAST, но при условии стабильной гемодинамики пострадавшего, отсутствии клинических признаков коагулопатии и патологических изменений в оставляемой части селезенки. Конечно же, в таких ситуациях роль ОСО минимальна, а сложные и продолжительные варианты органосохраняющих операций не приемлемы. При более глубоких разрывах органа с повреждением артерий 2 порядка и при внеорганном, магистральном делении селезеночной артерии шов лучше дополнять окклюзией ветви артерии, кровоснабжающей эту зону (ангиоредукция). По нашим данным спленорафия составляет 84% всех ОСО. Данный вид оперативного пособия характеризуется простотой выполнения, малой травматичностью и не требует длительного времени, что принципиально важно при нестабильной гемодинамике пострадавшего. Этим он выгодно отличается от травматичных, сложных и порой продолжительных спленэктомий и сложных органосохраняющих операций, требующих дополнительного времени. При технических трудностях, связанных с анатомическими особенностями их целесообразно выполнять лишь при стабильной гемодинамике пострадавшего. При интраоперационном обнаружении напряженной

или распространенной подкапсульной гематомы селезенки рассекали капсулу, опорожняли гематому. При внутриселезеночных гематомах проводили консервативное лечение и динамическое наблюдение. Спленэктомия выполнена нами у 42 (75%) пострадавших. Для исключения повреждения хвоста поджелудочной железы стремились выполнить раздельную перевязку артерии и вены ворот селезенки, а наложение зажима произвести как можно ближе к органу. Показаниями к спленэктомии считаем повреждения селезенки V степени тяжести по AAST или меньшей степени при неэффективном и невозможном применении ОСО (подготовка хирурга, анатомические особенности, нестабильная гемодинамика пострадавшего). Летальность при тяжелой сочетанной травме с повреждением селезенки составила 16% (9).

Вывод. При анализе летальности пострадавших с повреждениями селезенки нами выявлено, что стратификация тяжести повреждений селезенки по шкале AAST не позволяет прогнозировать исход лечения пострадавшего. Она определяет лишь тактику хирургического лечения. Исходя из результатов, известно, что спленэктомия не является единственным решением проблемы повреждения селезенки, а нужно принимать те или иные методы ведения, учитывая общее состояние больного, показатели гемодинамики и характер повреждения. Определяющей же причиной летальности является общая тяжесть сочетанных повреждений (тяжесть травмы), выраженная в баллах объективной оценки.

ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

**Жураев Г.Г., Касымов А.Л., Солиев М.Б.,
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Улучшение результатов гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике. Обе группы были сопоставимы по всем основным показателям: пол, возраст, локализация и тяжесть течения гнойно-некротического процесса и т.д.

Распределение больных по локализации флегмоны на нижней конечности показало, что в группе сравнения было по 24 (42,1%) пациента с гнойно-некротическим процессом на бедре и голени, в остальных 9 (15,8%) случаев



поражение было в коленной области. В основной группе было 22 (41,5%) пациента с флегмоной бедра, 8 (15,1%) в области голени и 23 (43,4%) на голени.

Мужчины существенно преобладали в группах и составили 73,7% (42 пациента) в группе сравнения и 69,8% (37 пациентов) в основной группе. Возраст больных был от 18 до 70 лет. В большинстве случаев пациенты были от 40 до 70 лет – 82,5% (47 пациентов) в группе сравнения и 81,1% (43 пациента) в основной группе.

Все пациенты при поступлении жаловались на наличие фебрильной температуры, общей интоксикации, покраснение и отек в месте гнойно-некротического процесса, а также размягчение инфильтрата с развитием гнойной полости. В группе сравнения 42 (73,7%) и 45 (84,9) в основной группе предъявляли жалобы на озноб, около 10% пациентов отмечали увеличение лимфатических узлов.

В зависимости от вида флегмоны распределение показало следующее. В группе сравнения у 21 (36,8%) пациента и в основной группе у 17 (32,1%) флегмона была гнойная, серозная у 6 (10,5%) и 4 (7,5%) пациентов соответственно, гнилостная у 7 (12,3%) и 7 (13,2%), некротическая у 13 (22,8%) и 16 (30,2%), анаэробная у 10 (17,5%) и 9 (17,0%) пациентов.

После короткого предоперационного курса обследования и подготовки все пациенты были оперированы. Было выполнено вскрытие гнойно-некротического очага, с некрэктомией, при этом как было сказано выше методика ведения ран отличалась в группах сравнения.

В обеих группах вскрытие и санация очага в техническом плане были идентичными. Отличия были в дополнении в основной группе методов физического воздействия на рану, то есть лазерного облучения и фотодинамического эффекта метиленовой сини.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде учитывались все виды возможных осложнений. Общая их частота в группе сравнения составила 66,7% (у 38 из 57 пациентов), при этом в основной группе верифицировано 24,5% случаев осложненного течения (у 13 из 53 пациентов), что оказалось достоверно меньше, чем в группе сравнения ($\chi^2=19,610$; $df=1$; $p<0,001$). Характер поражения определял возможность его распространения после вскрытия и санации, что было отмечено в обеих группах, но при этом дополнительное воздействие на рану в основной группе позволило фактически в 4 раза сократить риск развития этого осложнения. Так, в группе сравнения распространение воспалительного процесса на соседние ткани отмечено у 21 (36,8%) пациента, а в основной группе у 5 (9,4%). Краевой некроз раны развился у 15 (26,3%) и 6 (11,3%) пациентов соответственно. Другими частыми осложнениями в группе сравнения были кровоизлияние из раны и инфильтрат – по 9 (15,8%) пациентов, при этом в основной группе развитие инфильтративного процесса отмечено только у 3 (5,7%) больных. Явления острого лимфангита зарегистрировано у 6 (10,5%) и 2 (3,8%) пациентов.

В целом, в группе сравнения дополнительные инвазивные вмешательства были проведены у 18 (31,6%) пациентов, тогда как в основной группе только у 7 (13,2%) ($\chi^2=5,278$; $df=1$; $p=0,022$). Повторное вскрытие очага при распространении воспаления было выполнено у 3 (5,3%) и 1 (1,9%) пациентов соответственно, еще в 4 (7,0%) и 1 (1,%) случаев эта манипуляция дополнялась иссечением



некротизированных тканей. В 11 (19,3%) и 5 (9,4%) случаях вмешательство было ограничено иссечением некротизированных тканей.

В раннем послеоперационном периоде у больных после вскрытия гнойно-некротического процесса оценку местного статуса в динамике проводили по состоянию кожи вокруг раны, ее цвету, наличию отека, гиперемии, гнойных затеков или некротической ткани, местной температуре, а также характеру и размерам раневого дефекта.

Таким образом, внедрение нового способа лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 66,7% (у 38 из 57 больных из группы сравнения) до 24,5% (у 13 из 53 пациентов в основной группе; $\chi^2=19,610$; $df=1$; $p<0,001$), тем самым уменьшить необходимость в повторных вмешательствах с 31,6% (18 пациентов в группе сравнения) до 13,2% (7 пациентов в основной группе; $\chi^2=5,278$; $df=1$; $p=0,022$). Стимуляция этио-патогенетических механизмов заживления гнойных ран позволило существенно ускорить регресс раневого процесса, в частности уже к 3 суткам отмечено достоверное снижение уровня лейкоцитоза (с $13,7\pm 3,7$ до $11,6\pm 3,5 \times 10^9/\text{л}$ в группе сравнения и с $14,2\pm 2,8$ до $10,1\pm 2,6 \times 10^9/\text{л}$ в основной группе; $t=2,63$; $p<0,05$), в свою очередь наличие раневого отека к 7 суткам сохранялось в 36,8% (21 пациент) в группе сравнения и у 15,1% (8) в основной группе ($\chi^2=6,691$; $df=1$; $p=0,010$), инфильтрата у 38,6% (22) против 15,1% (8) ($\chi^2=7,648$; $df=1$; $p=0,006$) соответственно, раневого отделяемого у 40,4% (23) против 17,0% (9) ($\chi^2=7,271$; $df=1$; $p=0,008$), с полным очищением раны в эти сроки у 50,9% (29) против 79,2% (42) ($\chi^2=9,658$; $df=1$; $p=0,002$) и появлением грануляционной ткани у 24,6% (14) против 54,7% (29) ($\chi^2=10,489$; $df=1$; $p=0,002$).

Вывод. Внедрение нового способа лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 66,7% до 24,5% ($p<0,001$), тем самым уменьшить необходимость в повторных вмешательствах с 31,6% до 13,2% ($p=0,022$), при этом на 7 сутки отмечено более существенное снижение лейкоцитоза ($10,3\pm 3,1$ против $8,8\pm 2,1 \times 10^9/\text{л}$; $p<0,05$), доли пациентов с сохранением отека с 36,8% до 15,1% ($p=0,010$), инфильтрата с 38,6% до 15,1% ($p=0,006$), раневого отделяемого с 40,4% до 17,0% ($p=0,008$), а также увеличение больных с полным очищением раны с 50,9% до 79,2% ($p=0,002$) и появлением грануляционной ткани с 24,6% до 54,7% ($p=0,002$). Стимуляция этио-патогенетических механизмов заживления гнойных ран позволила существенно ускорить регресс раневого процесса, с увеличением частоты полной эпителизации раны к 14 суткам лечения с 36,8% до 69,8% ($p<0,002$), достоверно более высокими темпами сокращения площади раневой поверхности ($p<0,05$), сокращением средних сроков полного заживления ран с $19,1\pm 10,3$ до $12,5\pm 6,3$ суток ($p<0,05$), а также длительности госпитализации с $11,2\pm 4,1$ до $8,3\pm 2,7$ суток ($p<0,05$).

ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

**Жураев Г.Г., Касымов А.Л., Солиев М.Б., Бекташева Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Улучшение результатов гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике. Обе группы были сопоставимы по всем основным показателям: пол, возраст, локализация и тяжесть течения гнойно-некротического процесса и т.д.

Результат исследования. В раннем послеоперационном периоде учитывались все виды возможных осложнений. Общая их частота в группе сравнения составила 66,7% (у 38 из 57 пациентов), при этом в основной группе верифицировано 24,5% случаев осложненного течения (у 13 из 53 пациентов), что оказалось достоверно меньше, чем в группе сравнения ($\chi^2=19,610$; $df=1$; $p<0,001$). Характер поражения определял возможность его распространения после вскрытия и санации, что было отмечено в обеих группах, но при этом дополнительное воздействие на рану в основной группе позволило фактически в 4 раза сократить риск развития этого осложнения. Так, в группе сравнения распространение воспалительного процесса на соседние ткани отмечено у 21 (36,8%) пациента, а в основной группе у 5 (9,4%). Краевой некроз раны развился у 15 (26,3%) и 6 (11,3%) пациентов соответственно. Другими частыми осложнениями в группе сравнения были кровоизлияние из раны и инфильтрат – по 9 (15,8%) пациентов, при этом в основной группе развитие инфильтративного процесса отмечено только у 3 (5,7%) больных. Явления острого лимфангита зарегистрировано у 6 (10,5%) и 2 (3,8%) пациентов. В раннем послеоперационном периоде у больных после вскрытия гнойно-некротического процесса оценку местного статуса в динамике проводили по состоянию кожи вокруг раны, ее цвету, наличию отека, гиперемии, гнойных затеков или некротической ткани, местной температуре, а также характеру и размерам раневого дефекта.

Вывод. Внедрение нового способа лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 66,7% до 24,5% ($p<0,001$), тем самым уменьшить необходимость в повторных вмешательствах с 31,6% до 13,2% ($p=0,022$), при этом на 7 сутки отмечено более существенное снижение лейкоцитоза ($10,3\pm 3,1$ против $8,8\pm 2,1$



$\times 10^9/\text{л}$; $p < 0,05$), доли пациентов с сохранением отека с 36,8% до 15,1% ($p = 0,010$), инфильтрата с 38,6% до 15,1% ($p = 0,006$), раневого отделяемого с 40,4% до 17,0% ($p = 0,008$), а также увеличение больных с полным очищением раны с 50,9% до 79,2% ($p = 0,002$) и появлением грануляционной ткани с 24,6% до 54,7% ($p = 0,002$).

эффект ОЗОНА НА кислородтранспортную функцию крови при различном pO_2
Зинчук В.В., Володина А.А., Билецкая Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Цель исследования. Исследовать эффект озона на кислородтранспортную функцию крови при различном pO_2 .

Материал и методы исследования. Осуществляли обработку крови оксигенирующей газовой смесью (94,5% O_2 ; 5,5% CO_2) в термостатируемом сатураторе на протяжении 30 минут. К аликвотам добавляли озонированный изотонический раствор хлорида натрия (с концентрацией O_3 6 мг/л) в объеме 1 мл (в 1-ю и 2-ю без озонирования) и 0,1 мл растворов, содержащих газотрансмиттеры (в 5-ю – нитроглицерин в конечной концентрации 0,05 ммоль/л (SchwarzPharma AG), 6-ю – гидросульфид натрия в конечной концентрации 0,38 ммоль/л (Sigma-Aldrich)) и изотонический раствор хлорида натрия (в 1-ю, 2-ю, 3-ю, 4-ю), после чего пробы перемешивали. Время инкубации составляло 60 мин. Изотонический раствор хлорида натрия барбатировался озono-кислородной смесью, которая создавалась озонотерапевтической установкой УОТА-60-01-Медозон (Россия). Аналогичные исследования проводили с гипоксической газовой смесью. Показатели кислородтранспортной функции (КТФ) крови и кислотно-основного состояния определяли на газоанализаторе Stat Profile $pNOx$ plus L (США). Для анализа данных использовалась непараметрическая статистика с применением программы “Statistica 10.0”.

Результаты исследования. Гипероксия усиливает влияние озона на КТФ крови. Гидросульфид натрия и нитроглицерин увеличивают данный эффект, особенно последний, а именно увеличиваются парциальное давление кислорода (pO_2) и степень оксигенации (SO_2) на 25,9 % ($p < 0,05$) и 23,2% ($p < 0,05$) соответственно (показатель $p50_{\text{реал}}$ возрастает на 24,5% ($p < 0,05$)). Отмечается участие газотрансмиттеров в изменениях КТФ крови при воздействии озоном при гипероксии. Гипероксия в условиях действия озона способствует росту содержания NO_3^-/NO_2^- и H_2S , а добавление нитроглицерина и гидросульфида натрия увеличивают эти показатели. Предварительная гипероксия под действием O_3 приводит к увеличению содержания NO_3^-/NO_2^- и H_2S в плазме крови на 24,7% ($p < 0,05$) и на 38,1% ($p < 0,05$) соответственно по сравнению с группой, в которую вводили только озон. Нитроглицерин в условиях гипероксии способствует возрастанию концентрации NO_3^-/NO_2^- на 97,9% ($p < 0,05$) и H_2S на 59,9% ($p < 0,05$). Эритроциты за счёт экспрессии каталитически активной синтазы монооксида азота (NOS_3 типа 1), которая идентична экспрессируемой в эндотелии, индуцируют синтез NO . Предварительная гипероксия существенно не меняет состояния прооксидантно-антиоксидантного баланса, а добавление нитроглицерина и гидросульфида натрия в данных условиях способствует увеличению диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, активности каталазы. Озон может оказывать, как про-, так и антиоксидантный эффект в зависимости от используемых концентраций. В условиях гипероксии при



воздействии озона и добавлении нитроглицерина наблюдается рост МДА и ДК, а гидросульфид натрия подобного эффекта не оказывает. Изоформы NO рассматривают как динамические датчики клеточного окислительного стресса и регуляторы редокс-гомеостаза. Механизм положительного влияния озонотерапии проявляется в повышении активности антиоксидантных ферментов сыворотки крови.

В следующей серии экспериментов нами выявлено, что предварительная гипоксия ослабляет влияние озона на КТФ крови, а нитроглицерин препятствует проявлению данного эффекта. Гипоксия снижает эффект ОЗ на показатели рО₂ и SO₂ в сравнении с группой в которой выполнялось только озонирование, р50реал при этом уменьшается на 14,57% ($p < 0,05$). При гипоксии наблюдается ухудшение процессов тканевого трансапиллярного обмена кислорода, снижение возможностей микроциркуляторного русла для доставки кислорода в ткани. Выявлены функциональные взаимосвязи различных компонентов регуляции микрогемодинамики и показателей КТФ крови при проведении гипоксического теста. Как видим из проведенных опытов, отмечаются изменения КТФ крови под влиянием озона в гипоксических условиях и при добавлении доноров газотрансмиттеров.

Действие озона в гипоксических условиях приводит к росту содержания NO₃-/NO₂- и H₂S, а добавление нитроглицерина и гидросульфида натрия увеличивают эти показатели. NO обеспечивает адаптацию организма к изменениям рО₂ через влияние на механизмы формирования функционального статуса эритроцитов. Кроме того, данный газотрансмиттер является основным регулятором тонуса сосудов и ангиопротектором, что обуславливает его влияние на локальную микроциркуляцию. Описаны сложные взаимоотношения между ОЗ и группой ферментов NO-синтаз, генерирующих образование NO. ОЗ может активировать индуцибельную изоформу синтазы оксида азота, что приводит к росту концентрации последнего, а также восстанавливает NO₂– при низких значениях pH. В этих механизмах участвует и другой газотрансмиттер сероводород. Эритроциты продуцируют эндогенный H₂S, используя в качестве субстрата 3-меркаптопирuvat. Продукция H₂S в красных клетках крови зависит от уровня NO в сыворотке крови. Гипоксические условия под влиянием озона приводят к уменьшению показателей ПОЛ (малоновый диальдегид, диеновые конъюгаты), а также снижению ретинола и α- токоферола, в том числе, в группе с нитроглицерином. H₂S выполняет и антиоксидантные функции за счет модификаций активности ферментов, в том числе каталазы.

Вывод. Выявлены особенности эффекта озона на кровь при различном парциальном давлении кислорода. Предварительная обработка крови гипоксической газовой смесью уменьшает показатель р50реал, а введение нитроглицерина препятствует проявлению данного эффекта. Инкубация крови в гипероксических условиях усиливает влияние озона на кислородтранспортную функцию крови. Доноры сероводорода и монооксида азота увеличивают данный эффект, особенно последний. Действие данного фактора при различных парциальных давлениях кислорода активируют систему газотрансмиттеров.



РОЛЬ МЕСТНОГО ПРЕПАРАТА И ОЗОНОТЕРАПИИ В РЕГУЛЯЦИИ СИСТЕМЫ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ

**Зохиров Адхамжон Рафикович
Ассистент кафедры Общей хирургии №2,
Ташкентской медицинской академии.**

Цель работы. У животных с гнойно-некротическими процессами на фоне сахарного диабета изучено состояние системы ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФОН- α и ИПФР- γ на основе динамики уровней цитокинов. Комплексное хирургическое лечение препаратом Реоманнисол корректирует баланс цитокинов, позволяя им оказывать антиоксидантное действие на цитокиновую систему. Путем изучения динамики уровня противовоспалительных цитокинов: анализ необходимости и возможности иммунопротекции путем изучения цитокинового статуса у пациентов с ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФОН- α и ИПФР- γ в зависимости от развития и рецидива гнойно-некротических процессов СДС.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования были проведены на 155 белых беспородных крысах-самцах массой 150-200 г, содержащихся в виварии ТМА. Крыс содержали в оптимальных условиях, всех животных содержали в помещении с 24-часовым периодом между светом и темнотой и постоянной температурой 22-25°C, со свободным доступом к воде. Животные в достаточном количестве получали стандартный рацион для грызунов ad libitum (рацион для грызунов, ГОСТ Р 50258-92). Перед тем как животных ввели в эксперимент, они были помещены в карантин на 1 месяц. Экспериментальная группа состояла из 155 крыс, а интактная группа состояла из 10 крыс. После общей анестезии, после внутрибрюшинного введения тиопентала натрия в дозе 80 мг/г относительно массы тела каждой крысы, экспериментальное животное А.И.Сеченова укладывали животом на стол. Заднюю поверхность задних лап крысы (выбирается только одна из левых или правых задних лап) обрабатывают антисептиком и вводят под кожу лапы с помощью инсулинового шприца 0,25 мл 10%-ного раствора хлорида кальция (CaCl₂). Перед этой манипуляцией в чашку Петри наливают 20,0 мл физиологического раствора, в которую бросают 6-7 фекалий той же крысы. После того как стул набухнет, его измельчают до образования суспензии. Полученный раствор пропускают через марлевую салфетку (причина в том, чтобы во время инъекции клетчатка и тканевой детрит кала не попали в иглу шприца и не закупорились). из готовой суспензии берут 1 мл и вводят подкожно в место инъекции хлорида кальция. А через 72 часа мы вскрываем гнойно-некротическую рану, и вы можете увидеть ее состояние. Подопытные животные были разделены на 4 группы: 1-я группа – неизменная группа (интактные); 2-я группа – создание экспериментальной модели аллоксанового диабета; 3-я группа контроля – проведение традиционной комплексной терапии (озонотерапия + Реосорбилакт) на фоне создания экспериментальной модели диабетической стопы; 4-я экспериментальная группа – на экспериментальной модели диабетической стопы – проведение традиционной комплексной терапии и озонотерапия + Реоманнисол. Исследования проводились через 1-3, 5-7, 10, 14, 21 день после начала лечения. Во



всех группах не было зарегистрировано ни одного случая гибели крыс до окончания эксперимента (18 дней). В назначенное время оценивали общее состояние животных, измеряли площадь раны, фотографировали рану и определяли суточный диурез. В назначенные дни крыс выводили из эксперимента путем декапитации, брали кровь для гематологических и биохимических исследований, из очага поражения (диабетической гнойно-некротической стопы) для морфологических исследований, фрагменты печени и эндокринной части поджелудочной железы.

Результаты. У крыс контрольной группы наблюдалась тенденция к снижению массы тела крыс по сравнению со значениями интактных животных. Увеличивался диурез, сохранялась полидипсия, на 10-е и 14-е сутки эксперимента он достоверно превышал значения у интактных крыс в 4,15 ($P<0,001$); 3,39 ($P<0,001$) и 3,57 ($P<0,001$) раза; 3,12 ($P<0,001$) раза (табл.3.1).

В группе сравнения (Озонотерапия+ Реосорбилакт) потери массы тела не наблюдалось, к концу эксперимента показатели полиурии и полидипсии начали постепенно снижаться: на 14-е сутки показатели полиурии и полидипсии снизились в 2,39 ($p<0,001$) и 2,38 ($p<0,001$) раза по сравнению со значениями контрольной группы, но все же выше, чем в интактной группе. У крыс с диабетом гнойно-некротической стопы, получавших дезинтоксикационную терапию с помощью озонотерапии + Реоманнисола, потери массы тела не наблюдалось (основная группа). На 14-е сутки эксперимента показатели полиурии и полидипсии были достоверно ниже, чем в группе сравнения, в 1,44 ($P<0,05$) и 1,47 ($P<0,05$) раза. К конечной дате они существенно не отличались от интактных крыс.

Заключение. Оптимальным вариантом для создания экспериментальной модели диабетической стопы является введение аллоксана внутривнутрибрюшинно в разовой дозе 12 мг на 100 г, при котором развивается сахарный диабет средней степени тяжести. После применения препарата Реоманнисол внутривнутрибрюшинной в дозе 1 мл/100 г 1 раз в сутки в течение 5 дней произошло резкое снижение показателей ЭИ. На 10-й день значения ЭИ в экспериментальной группе вернулись к норме, аналогичной таковым в интактной группе. Препарат Реоманнисол выполняет "биохимическую реабилитацию", благодаря присущим ему свойствам: антиоксидантному, улучшающему реологию крови, детоксикационному и мочегонному. У крыс контрольной группы показатели ЭИ остаются на высоком уровне до конца эксперимента. Скорость заживления раневых дефектов у крыс с синдромом диабетической стопы в контрольной группе приходится на 14-е сутки, поскольку сроки рассасывания и отторжения некротизированных тканей в ране удлиняются, повреждение сосудов микроциркуляторного русла (микроангиопатия), длительное время наблюдается отек. Раневой процесс на фоне СД характеризуется поздним формированием ангиогенеза, замедлением и нарушением созревания грануляционной ткани, краевой эпителизацией. В экспериментальной группе у крыс наряду с местным традиционным методом лечения ран внутривнутрибрюшинно применялся препарат реоманнисол, в результате заживление раны было зафиксировано на 10-е сутки с момента нанесения раны на стопу крыс. Применение местного лечения и реоманнисола позволяет усилить ангиогенез на ранних стадиях эксперимента и восстановить нарушенную микроциркуляцию (новообразования кровеносных сосудов), усилить макрофагальный ответ, пролиферацию фибробластов, созревание и

ремоделирование грануляционной ткани и ее эпителизацию, уменьшить воспалительную реакцию, что приводит к более эффективному и раннему заживлению области раны. Комплексное лечение (применение местного традиционного метода воздействия на рану и препарата реоманнизол) на экспериментальной модели диабетической стопы оказывают положительное влияние на репаративные процессы и заживление ран, за счет формирования и усиления ангиогенеза, а также на функциональные показатели жизненно важных органов за счет уменьшения интоксикации организма.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПОТОГЕНЕЗ И КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИИ ГЛОССАЛГИИ.

**Ибрагимова М.Х., Комилова А.З., Дониёрова Ф.А., Рахимова Р.Х., Нурметов
Б.М., кафедра Госпитальной терапевтической стоматологии.
Ташкентский Государственный стоматологический институт**

Цель исследования: Глоссалгия наиболее распространенное нейростоматологическое заболевание, сопровождается снижением трудоспособности, угнетением психики и психоэмоциональным возбуждением пациентов. В патогенезе глоссалгии и глоссодинии ведущую роль играют общесоматическая патология и неврогенные нарушения. В патогенезе принадлежит состоянию вегетативной нервной системы. Эти нарушения носят чаще функциональный, нежели органический характер. За счёт анатомических и функциональных связей с центральной нервной системой возникает патологическая тоническая афферентация в сегментарные и над сегментарные структуры головного мозга. Глоссодиния проявляется необычными ощущениями на слизистой оболочке полости рта, жжение, покалывание, онемение, которые исчезают во время приема пищи. Характерным признаком глоссодинии является преобладание парестезии в языке. Часто у больных наблюдается канцерофобия, особенно при разглядывании языка в зеркале и понижение работоспособности.

Материал и методы исследования. Осмотр полости рта пациентов с глоссалгией проводили при обращении пациентов на кафедре Госпитальной терапевтической стоматологии ТГСИ. Стоматологическое обследование начинали с выявления жалоб. Включены 40 пациентов в возрасте от 45 - 70 лет, из них 25 женщин, 15 – мужчин. Выясняли интенсивность болевых ощущений, их зависимость от времени суток, продолжительность, время возникновения. Пальпировались точки выхода ветвей тройничного нерва на коже лица и слизистой оболочке полости рта. Обращалось внимание на состояние слизистой полости рта, десны, зубных рядов, определяли прикус, наличие зубных отложений, пародонтальных карманов, подвижность зубов, наличие пломб, кариеса зубов и его осложнений.

Результаты и их обсуждение. На начальном этапе исследования были проанализированы группы факторов (местные, системные, психологические), вероятность возникновения глоссалгии увеличивается у больных с заболеваниями пародонта и при ношении протезов, что свидетельствует об определенной роли местных факторов. В большинстве случаев при глоссалгии отмечались сочетания и



комбинация системных факторов, воздействие вредностей, дополняющих друг друга. Психологические факторы учитывались нами как психотравмирующие ситуации, предшествующие развитию глоссалгии: Острая стрессовая ситуация, психотравмирующая ситуация в семье, изменение социального положения. Интенсивность болевых ощущений у больных глоссалгией оказалась взаимосвязана с такими психологическими особенностями, как тревожность, повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям, пессимистичность, повышенное внимание к своим ощущениям, склонность к ипохондрическим фиксациям.

Выводы.

В возникновении и развитии глоссалгии участвуют местные, системные и психологические группы факторов, что делает целесообразным рассмотрение данной патологии с психосоматических позиций. Использование психосоматического подхода при разработке терапевтической стратегии у больных с глоссалгией будет способствовать точности диагностики.

НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИНФОРМАТИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ

Игамбердиева Дилором

Андижанский государственный медицинский институт, Обобщение опыта использования информационных ресурсов Интернета в преподавании на кафедре языков позволяет выделить ряд проблем.

Например, на кафедре языков, педагогики и психологии на основе материалов Интернета создана электронная библиотека, которая содержит атласы, учебники, журналы, слайды, презентации, видео- и аудиолекции по медицинской терминологии, что восполняет дефицит печатных источников. На практических занятиях демонстрируются фильмы и анимационные видеоролики по изучаемой теме. Их преимущество перед традиционными учебными материалами состоит в зрелищности, студенты получают современную научную информацию через графические, фото- и видеоизображения, что способствует углубленному пониманию материала, знакомству с новейшими гистологическими методами.

Информационная база Интернет активно используется в рамках научно-исследовательских работ студентов, кружка «Молодой латинист», поскольку это наиболее эффективный путь ознакомления с последними достижениями науки. Во время обучения на кафедре студенты участвуют в исследовательской работе и выступают с реферативным сообщением по выбранной теме или докладом по результатам экспериментальной работы в форме презентации. Постепенно студенты овладевают навыками поиска, отбора и оценки информации, ее систематизации, анализа и обработки. Учащиеся создают собственные электронные учебные материалы, как правило, это тематические файлы с наглядными презентациями, таблицами, графическими схемами, кроссворды, сканворды, ребусы, которые выкладываются в Интернете и используются широкой студенческой аудиторией.

Интернет предлагает электронные издания учебно-методических материалов по медицинской терминологии, позволяет обмениваться опытом по вопросам

преподавания с помощью современных коммуникационных технологий в дистанционном режиме.

Предполагается, что к началу обучения в вузе студенты имеют опыт работы с основными сервисами (электронная почта, поисковые системы). Однако на практике оказывается, что навык работы в сети есть только у части студентов. Молодежь из отдаленных регионов области ощутимо слабее в этом плане, чем их городские сверстники.

Студентам 1-2 курсов сложно ориентироваться в огромном объеме информации. В этой ситуации преподаватель может предложить перечень электронных адресов по нужной тематике, объяснить особенности работы в различных поисковых системах, сильные и слабые стороны популярных и специализированных научных сайтов.

Часто студенты рассматривают Интернет как источник готовых докладов, рефератов и презентаций, не утруждая себя редактированием текстов. Преподавателю необходимо ориентировать студента на творческий, осознанный отбор информации.

Информатизация обучения предъявляет новые требования к профессионализму преподавателя: он должен знать основы компьютерной грамоты, программное обеспечение, английский язык, разрабатывать учебные и методические материалы, рассчитанные на использование Интернета.

Таким образом, в ходе изучения морфологических дисциплин создаются условия для формирования важной профессиональной компетенции врача: способности работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ С МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ

Икрамов Д. А, Икрамов О.А.

Андижанской государственной медицинской институт

Аномалии рефракции являются наиболее распространенным видом зрительных расстройств, их частота в популяции достигает 70% (Э.С. Аветисов, 1999 г.) [2]. По мировым данным они занимают первое место (42%) в структуре причин нарушения зрения и 6% в структуре инвалидности по зрению (Нероев В.В. 2014; Катаргина Л.А., 2015, 2017) [4,6,9]. Существует прямая корреляция между рефракцией и длиной переднезадней оси глаза [7], по данным многих авторов [1,2,7,8], определяющим фактором формирования миопической рефракции является длина переднезадней оси глазного яблока (ПЗО). В 1947 году профессор Е.Ж. Трон разделил аметропии по своей структурной сути на осевые, комбинированные, смешанные и рефракционные, их частота составляла 30, 61, 5,6 и 3,4 %, соответственно [10].

Цель исследования

Оценить анатомо-рефракционные параметры глазного яблока у детей с миопической рефракцией, определить ее видовые структурные характеристики.

Материалы и методы

Обследовано 248 (496 глаз) соматически здоровых детей в возрасте от 7-ми до 18 лет с миопической рефракцией. Выделено две возрастные группы: младшая школьная группа от 7 до 12 лет ($n=84(168)$) и старшая школьная – от 13 до 18 лет. ($n=122(244)$). В контрольную группу был включен 21 ребенок: 11 детей ($n=22$) в возрасте от 7 до 12 лет и 10 детей ($n=20$) в возрасте от 13 до 18 лет с эмметропической рефракцией. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование: рефрактометрия (штрих-скиаскопия) в условиях медикаментозной циклоплегии (после 2-х кратной инстилляций 1,0% раствора циклопентолата с интервалом в 15 минут), офтальмометрия, измерение длины ПЗО глазного яблока. Расчетную рефракцию глаза (RR) определяли с учетом разницы длины ПЗО глаза (ЛПЗО, мм) обследуемого и её среднестатистическим значением у эмметропичного глаза (LCCЗ, мм) по формуле $(ЛПЗО - LCCЗ) \times 3,0 \text{ дптр} = RR \text{ дптр}$. Увеличение ПЗО на 1 мм усиливает рефракцию на 3,0 дптр. По мнению многих исследователей разброс среднестатистической длины ПЗО эмметропичного глаза достаточно велик: по данным Т.И. Ерошевского и А.А. Бочкаревой (1983) эта величина равнялась 24 мм; Э. С. Аветисова – $23,68 \pm 0,9$ мм (1999); И. А. Ремисникова – 23,1 мм (2003); С.Э. Аветисова – $23,9 \pm 1,62$ мм (Национальное руководство по офтальмологии, 2019). В наших измерениях средняя длина ПЗО эмметропичного глаза была принята равной 24 мм. Поправку на возраст мы не делали, основываясь на том, что к 6-8 годам глаз ребенка в целом сформирован и соответствует взрослому. Рост ПЗО глаза в пределах 0,07-0,08 мм в год считается нормальным даже для эмметропичного глаза. В каждой возрастной категории выделено 4 группы пациентов. В первую группу вошли пациенты с миопией слабой степени (от 0,75 до 3,0 дптр), вторая группа – пациенты с миопией средней степени (3,25-6,0 дптр), третья – с миопией высокой степени (свыше 6,0 дптр) (таблица 1, 2), четвертая – контрольная группа детей с эмметропической рефракцией 11 детей (22 глаза) в возрасте 7-12 лет и 10 детей (20 глаз) в возрасте 13-18 лет).

Результаты

В первой возрастной группе детей от 7 до 12 лет (84 пациента – 168 глаз) – средний возраст составил $10,4 \pm 1,2$ г. У 43% детей была выявлена миопия слабой степени, у 39% – средней степени и у 18% – миопия высокой степени. Среди общего числа детей с миопией слабой степени – 55% пришлось на мальчиков и 45% на девочек. В зависимости от соразмерности показателей измеренной и расчетной рефракции была выделена подгруппа детей "а" (55% из общего числа), в которой эти показатели были близки по значению и среднее значение длины ПЗО равнялось $24,5 \pm 0,9$ мм, физическая рефракция роговицы $43,1 \pm 1,3$ дптр, измеренная и расчетная рефракция, соответственно $1,6 \pm 0,5$ дптр и $1,8 \pm 1,2$ дптр. У $\frac{1}{4}$ детей с миопией слабой степени (подгруппа "b") отмечено большее, в сравнении с расчётным, удлинение ПЗО, до $25,7 \pm 0,6$ мм соответственно, расчетная рефракция превышала измеренную на $3,0 \pm 1,2$ дптр. Это значимое расхождение величин мы можем объяснить компенсацией патологического удлинения ПЗО уменьшением физической рефракции роговицы ($41,9 \pm 1,2$ дптр) у данной подгруппы детей. У детей и первой (а), и второй (b) подгрупп определяющим рефракцию глаза параметром была увеличенная длина ПЗО. Но у 22% детей из этой группы длина ПЗО была равна или меньше среднестатистической длины эмметропичного глаза и равнялась $23,6 \pm 0,6$ мм, по



расчетам рефракция у них получалась слабо-дальнозоркая ($-1,1 \pm 0,7$ дптр), а измеренная была в диапазоне миопии слабой степени ($1,6 \pm 0,4$ дптр). У детей этой подгруппы физическая рефракция роговицы составляла $44,8 \pm 0,6$ дптр, и мы расценили это как рефракционный тип миопии. У пациентов этой возрастной группы с миопией средней степени 64% из общего числа пришлось на осевой вариант миопии, при этом у 52% (подгруппа "а") показатели реальной и расчетной рефракции были соразмерны (соответственно $4,3 \pm 0,5$ дптр и $3,9 \pm 0,9$ дптр), а у 12% (подгруппа "b") расчетная рефракция была достоверно большей, но при этом увеличение длины ПЗО ($25,8 \pm 0,3$, в сравнении с $25,3 \pm 0,4$ мм), также сопровождалось меньшей рефракцией роговицы ($43,6 \pm 1,3$, в сравнении с $44,3 \pm 0,9$ дптр). У 36% детей с миопией средней степени было выявлено умеренное увеличение длины ПЗО ($24,5 \pm 0,9$ мм) и усиление рефракции роговицы до $46 \pm 1,9$ дптр (этот параметр был превалирующим, однако и величина ПЗО, и преломляющая сила роговицы выходили за пределы среднестатистических величин эметропичного глаза, мы расценили это как смешанный тип миопии). Группа детей с миопией высокой степени (средний возраст $11 \pm 1,2$ г) была малочисленной (30 глаз; 18%). У 67% детей с учетом измеренных параметров определялась осевая миопия, при этом у половины из них длина ПЗО была увеличена патологически до $27,7 \pm 1,2$ мм (в сравнении с $25,9 \pm 0,6$ мм у подгруппы "а"), следовательно, расчетная рефракция должна была равняться $11,0 \pm 3,6$ дптр, а на самом деле составляла $8,7 \pm 2,5$ дптр. Причина снова была в том, что оптическая сила роговицы была значимо меньше – $41,8 \pm 0,4$ дптр (в сравнении с $43,9 \pm 1,3$ дптр) и это компенсировало избыточную величину ПЗО. У 33% пациентов определялся смешанный тип миопии: умеренное удлинение ПЗО до $24,9 \pm 0,7$ мм и усиление оптической силы роговицы до $46,6 \pm 1,3$ дптр, с превалированием рефракционного компонента.

Вторая возрастная группа – пациенты от 13 до 18 лет (122 (244 глаза)) – средний возраст составил $14,6 \pm 2,1$. У 33% детей была выявлена миопия слабой степени (I), у 36% – средней степени (II) и у 31% – миопия высокой степени (III) (что в 2 раза превышало данный показатель первой возрастной группы). У детей с миопией слабой и средней степени не было значимого различия по частоте встречаемости между девочками и мальчиками (55-52%), однако в группе с миопией высокой степени преобладали девочки (68%). И в I, и во II группах пациентов также превалировал осевой тип миопии (соответственно, 78% и 66% от общего числа). В этих группах были выделены соответствующие подгруппы, как и в младшей возрастной категории, I "b" – 45% и II "b" – 38% – у пациентов, значения расчетной рефракции которых значимо превышали реальную и сопровождалось патологическим увеличением длины ПЗО глаза ($25,4 \pm 0,6$ и $26,3 \pm 0,2$ мм), компенсируемым ослаблением физической рефракции роговицы (соответственно, $41,3 \pm 0,6$ и $42,7 \pm 0,6$ дптр).

КАТЕХОЛАМИНЫ ПРЕДСТАВИТЕЛИ БИОГЕННЫХ АМИНОВ

Икрамова З.А., Мамасолиева К.Ш.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Цель исследования. Катехоламины представители биогенных аминов, т.е. аминов, образующихся в организме в результате процессов метаболизма. Обмен катехоламинов в организме является ключевым звеном в умственной и физической работоспособности, в скорости мышления и его качестве. Творческие способности: способность к абстрактному и художественному мышлению, к анализу и синтезу - напрямую зависят от катехоламинового обмена. От активности синтеза и выделения катехоламинов зависят такие сложные процессы, как запоминание и воспроизведение информации, агрессивная реакция, настроение, эмоциональность, уровень общего энергетического потенциала, сексуальное поведение и т.д. Чем больше количество синтезируемых и выделяемых катехоламинов, тем выше настроение, работоспособность, общий уровень активности, скорость мышления. Катехоламины оказывают мобилизирующее действие на энергетические резервы нервных клеток. Они активизируют окислительно-восстановительные процессы в организме, «запускают» сгорание источников энергии - в первую очередь углеводов, затем жиров и белков. Катехоламины образуются из аминокислот. Аминокислоты организма при декарбоксилировании превращаются в биогенные амины. Биосинтез катехоламинов протекает следующим образом: фенилаланин при гидроксилировании превращается в аминокислоту тирозин, это аминокислота тоже гидроксилируется и образует 3,4-дигидроксофенилаланин ДОФА, за тем происходит декарбоксилирование и образуется дофамин и далее с участием других ферментов образуются норадреналин и адреналин.

Материал и методы исследования. Катехоламины это производные аминокислот, которые содержат остаток пирокатехина (1,2-дигидроксibenзол, катехол), к ним относятся норадреналин, дофамин, серотонин, эти вещества являются медиаторами, а также к ним относят гормоны- адреналин, норадреналин. Выявление уровня катехоламинов в динамике позволит не только диагностировать такие заболевания как феохромоцитома (злокачественная опухоль надпочечников), неоплазма, синдром Паркинсона, установить причины артериальной гипертензии и гипотензии, недостаточности кровообращения, нарушения ритма сердца, стенокардии, инфаркта миокарда. Количество катехоламинов определяется в крови и в моче. Для этого пользуются электрофоретическими методами или высокоэффективной жидкостной хроматографией. Определение катехоламинов в моче может быть недостаточно информативно, если у пациента наблюдается нарушение функции почек.

Результаты исследования. Адреналин повышает проницаемость клеточных мембран для глюкозы, усиливает распад углеводов (гликогена) и жиров, вызывает сужение сосудов органов брюшной полости, кожи и слизистых оболочек; в меньшей степени сужает сосуды скелетной мускулатуры. Недостаточный синтез дофамина обуславливает нарушение двигательной функции — синдром Паркинсона. Резкое повышение экскреции дофамина и его метаболитов с мочой наблюдается при

гормонально-активных опухолях. При гиповитаминозе витамина В6 в тканях головного мозга увеличивается содержание дофамина, появляются его метаболиты, которые отсутствуют в норме.

Вывод. Серотонин вызывает агрегацию тромбоцитов, оказывает существенное влияние на синтез биологически активных веществ в гипоталамусе, воздействует на функционирование желез внутренней секреции. В клинической практике определение уровня серотонина в крови наиболее информативно при злокачественных новообразованиях желудка, кишечника и легких, при которых данный показатель превышает норму в 5-10 раз. При этом в моче выявляется повышенное содержание продуктов метаболизма серотонина. В норме катехоламины и продукты их распада присутствуют в организме в небольших количествах. Однако хромаффинные и другие нейроэндокринные опухоли могут вызывать образование больших количеств катехоламинов, что приводит к значительному повышению уровней этих гормонов и продуктов их распада в крови и моче.

ТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ ПРИ ДЕЙСТВИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРА

Иргашева Д.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Одним из современных направлений в лечении вирусных инфекций и некоторых злокачественных опухолей является терапия интерферонами, осуществляемая в виде монотерапии или в комплексе с другими препаратами. Поскольку интерфероны имеют белковую природу, они не могут применяться перорально, поэтому вводятся подкожно или внутримышечно. При парентеральном введении молекулы интерферонов, имея большую молекулярную массу (20 кД и больше), не могут поступать непосредственно в кровеносные сосуды, а так же, как и другие высокомолекулярные соединения, всасываются в лимфатические капилляры и в дальнейшем транспортируются по лимфатическим сосудам (ЛС) и лимфатическим узлам (ЛУ), контактируя с эндотелиальными клетками и гладкомышечными клетками (ГМК). К настоящему времени общепризнано, что определяющим фактором продвижения лимфы является сократительная активность ГМК, входящих в состав стенки ЛС и капсулы ЛУ. Несмотря на то, что интерфероны альфа-2b и бета-1a являются официальными препаратами и достаточно часто применяются в клинике в качестве иммуномодуляторов, их действие на активную транспортную функцию ЛС и ЛУ не изучено, что и послужило основанием для проведения данного исследования.

Целью данного исследования явилось изучение эффекты иммуномодулятора ИФН- α -2b и ИФН- β -1a на фазные и тонические сокращения изолированных брыжеечных ЛС и ЛУ кролика

Материалы и методы. Объектами исследования служили брыжеечные постнодальные ЛС диаметром 1,1 – 1,5 мм (n=20) кролика. Через 30 мин после помещения препаратов в термостатируемую камеру с физиологическим раствором и создания натяжения, близкого к физиологическому, устанавливался стабильный уровень тонуса, на фоне которого регистрировались спонтанные фазные сокращения.

Результаты. Интерфероны ИФН- α -2b и ИФН- β -1a в количестве 250–1000 МЕ/мл оказывают дозозависимый отрицательный хронотропный и инотропный эффект на спонтанные фазные сокращения и тонус ЛС и ЛУ. В деэндотелизированных ЛС и ЛУ ИФН- α -2b и ИФН- β -1a в тех же концентрациях оказывали значительно меньший ингибиторный эффект на спонтанные сокращения и тонус. N ω -нитро-L-аргинина метиловый эфир (L-NAME), 100 мкМ/л и charybdotoxin, 0,1 мкМ/л + апамин 0,5 мкМ/л значительно уменьшали ИФН- α -2b-индуцированный ингибиторный эффект на фазные и тонические сокращения ЛС. L-NAME, 100 мкМ/л и индометацин, 10 мкМ/л значительно снижали ИФН- α -2b-индуцированный ингибиторный эффект на фазные и тонические сокращения ЛУ.

Обсуждение. Полученные данные позволяют сделать следующее заключение по механизму действия интерферонов на ЛС и ЛУ. Ингибиторный эффект IFN- α -2b и IFN- β -1a на ЛС и ЛУ является эндотелийзависимым. Оба интерферона при взаимодействии с ЛС и ЛУ активируют в эндотелиальных клетках три сигнальных пути, приводящие к расслаблению ГМК. В ЛС преобладающими является NO-зависимый механизм дилатации и механизм, 111 запускаемый эндотелиальным гиперполяризующим фактором. В ЛУ интерфероны стимулируют продукцию эндотелиоцитами преимущественно NO и простагличина. Роль эндотелиального гиперполяризующего фактора в интерферон-вызванной дилатации ГМК ЛУ минимальна.

Извлечение ткани из мешка через разрез задней стенки влагалища при лапароскопической миомэктомии

Исаева С. Ч. Азимов С. А

Самаркандская центральная городская больница

Цель исследования. В нашей практике мы делаем разрез в среднем отделе задней стенки влагалища, через влагалищный разрез помещаем мешок для извлечения в брюшную полость, помещаем в мешок миому, а затем удаляем мешок с миомой через вагинальный разрез. Мы обнаружили, что этот метод является осуществимым и экономически эффективным методом, который позволяет избежать расширения разреза кожи, а также исключает необходимость силовой морцелляции и потенциальное распространение злокачественных клеток.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы записи пациентов с миомой, перенесших лапароскопическую миомэктомию с извлечением тканей через разрез в середине заднего влагалища. Данные были получены из хирургической базы данных нашего учреждения. Критериями включения были: миомэктомия при одиночных или множественных симптоматических миомах матки; Хирургическое вмешательство, выполненное лапароскопическим доступом; и осуществляли экстракцию ткани в мешке через разрез в средней части задней части влагалища. Критериями исключения были: подозрение на злокачественное новообразование во время предоперационного обследования; Не запланировано трансвагинальное извлечение образцов для сохранения целостности девственной плевы; и облитерированный карман Дугласа (например, глубокий инфильтрирующий эндометриоз заднего отдела).

Результаты исследования: В течение 30 дней после операции ни у одной пациентки не было отмечено лихорадки, инфекции или вагинального кровотечения, а

влагалищные разрезы у всех пациенток зажили хорошо. При наблюдении через 3 месяца после операции послеоперационных грыж, инфекций органов малого таза и вагинальных спаек отмечено не было. У всех пациенток миома матки была диагностирована с помощью УЗИ органов малого таза и/или магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза. Данные, извлеченные из медицинских записей, включали возраст, индекс массы тела (ИМТ), паритет, основное показание к миомэктомии, предыдущую операцию на органах таза, одиночную или множественную миому, диаметр самой большой удаленной миомы (по данным предоперационного УЗИ/МРТ), хирургическое вмешательство. Вес образца, время операции (определяемое как время от первоначального разреза кожи до наложения последнего кожного шва), время, необходимое для удаления миомы, время наложения швов влагалищного разреза, предполагаемая кровопотеря (рассчитывается в конце операции по содержимому отсасывающих устройств и указывается в мл), продолжительность пребывания в больнице, интраоперационные и периоперационные осложнения (включая предполагаемую кровопотерю > 500 мл) и осложнения, возникшие в течение 30 дней после операции.

Вывод. Наши результаты показывают, что разрез задней стенки влагалища и трансвагинальная экстракция в мешке являются возможным вариантом извлечения хирургического образца после лапароскопической миомэктомии и могут снизить риск распространения злокачественных клеток. На основании нашего исследования мы можем сделать ряд выводов. Время, необходимое для удаления образца через влагалище, невелико. Миому диаметром < 8 см можно удалить напрямую и полностью через влагалищный разрез, что позволяет избежать трудоемкой морцелляции. При миоме диаметром > 8 см, поскольку разрез влагалища находится ближе к отверстию влагалища, легче уменьшить объем методом «яблочной кожуры» и таким образом удалить препарат. Трансвагинальное удаление образцов позволяет избежать ширения разрезов брюшной стенки и, следовательно, не увеличивает риск возникновения послеоперационной грыжи, не усиливает послеоперационную боль и не влияет на косметический результат. Удовлетворенность пациентов трансвагинальным удалением образцов высока, а послеоперационная боль значительно снижается. На задней стенке влагалища нервов мало, поэтому послеоперационная боль при разрезе задней стенки незначительна. Метод позволяет избежать использования морцелляции и, следовательно, не должен увеличивать риск распространения злокачественных клеток в брюшную и тазовую полости.

Извлечение миоматозного узла через кольпотомное отверстие при лапароскопической миомэктомии

Исаева С. Ч. Азимов С. А

Самаркандская центральная городская больница

Цель исследования. В нашей практике мы делаем разрез через задний свод влагалища, через влагалищный разрез помещаем контейнер для извлечения макропрепарата в брюшную полость, помещаем в контейнер миому, а затем удаляем контейнер с миомой через вагинальный разрез. Мы обнаружили, что этот метод является осуществимым и экономически эффективным методом, который позволяет избежать расширения разреза кожи, а также исключает необходимость силовой морцелляции и потенциальное распространение злокачественных клеток.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно проанализированы записи пациентов с миомой, перенесших лапароскопическую миомэктомию с извлечением тканей через разрез заднего свода влагалища. Данные были получены из хирургической базы данных нашего учреждения. Критериями включения были: миомэктомия при одиночных или множественных симптоматических миомах матки; Хирургическое вмешательство, выполненное лапароскопическим доступом; и осуществляли экстракцию ткани в контейнере через разрез заднего свода влагалища. Критериями исключения были: подозрение на злокачественное новообразование во время предоперационного обследования; Не запланировано трансвагинальное извлечение образцов для сохранения целостности девственной плевы; и облитерированный карман Дугласа (например, глубокий инфильтрирующий эндометриоз заднего отдела).

Результаты исследования: В течение 30 дней после операции ни у одной пациентки не было отмечено лихорадки, инфекции или вагинального кровотечения, а влагалищные разрезы у всех пациенток зажили хорошо. При наблюдении через 3 месяца после операции послеоперационных грыж, инфекций органов малого таза и вагинальных спаек отмечено не было. У всех пациенток миома матки была диагностирована с помощью УЗИ органов малого таза и/или магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза. Данные, извлеченные из медицинских записей, включали возраст, индекс массы тела (ИМТ), паритет, основное показание к миомэктомии, предыдущую операцию на органах таза, одиночную или множественную миому, диаметр самой большой удаленной миомы (по данным предоперационного УЗИ/МРТ), хирургическое вмешательство. Вес образца, время операции (определяемое как время от первоначального разреза кожи до наложения последнего кожного шва), время, необходимое для удаления миомы, время наложения швов влагалищного разреза, предполагаемая кровопотеря (рассчитывается в конце операции по содержимому отсасывающих устройств и указывается в мл), продолжительность пребывания в больнице, интраоперационные и периоперационные осложнения (включая предполагаемую кровопотерю > 500 мл) и осложнения, возникшие в течение 30 дней после операции.

Вывод. Наши результаты показывают, что разрез через задний свод влагалища и трансвагинальная экстракция в контейнере являются возможным вариантом извлечения хирургического образца после лапароскопической миомэктомии. Время, необходимое для удаления образца через влагалище, невелико. Миому диаметром < 8 см можно удалить напрямую и полностью через влагалищный разрез, что позволяет избежать трудоемкой морцелляции. При миоме диаметром > 8 см, поскольку разрез влагалища находится ближе к отверстию влагалища, легче уменьшить объем методом «яблочной кожуры» и таким образом удалить препарат. Трансвагинальное удаление образцов позволяет избежать расширения разрезов брюшной стенки и, следовательно, не увеличивает риск возникновения послеоперационной грыжи, не усиливает послеоперационную боль и не влияет на косметический результат. Удовлетворенность пациентов трансвагинальным удалением образцов высока, а послеоперационная боль значительно снижается. На задней стенке влагалища нервов мало, поэтому послеоперационная боль при разрезе задней стенки незначительна. Метод позволяет избежать использования морцелляции и, следовательно, не должен

увеличивать риск распространения злокачественных клеток в брюшную и тазовую полости.

ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ

**Исламов Ш.Х., Аграновский М.Л., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Цель исследования. Целью исследования явилось определение прогностической значимости комплекса социальных факторов, предшествовавших началу шизофрении, для медико-социального прогноза на отдаленных этапах заболевания.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач мы провели клинико-эпидемиологическое исследование 322 больных шизофренией с эпизодическим типом течения города Андижана с длительностью заболевания более 15 лет (162 мужчин, 50,3 % и 160 женщин, 49,7%). В зависимости от уровня социально-трудовой адаптации на отдаленных этапах шизофрении с эпизодическим типом течения все больные были разделены на три группы.

Результаты исследования и их обсуждение. В комплекс социальных факторов, предшествующих началу шизофрении и потенциально способных оказать влияние на социально-трудовую адаптацию больных по мере прогрессирования болезни, были включены уровень образования и профессиональной квалификации, а также семейный статус до болезни.

Результаты свидетельствовали об отсутствии существенного влияния такого фактора, как уровень образования, на динамику социально-трудовой адаптации больных с эпизодической шизофренией и позволяли исключить его из числа прогностически значимых. Анализ влияние на социально-трудовую адаптацию больных профессиональной квалификации показал, что уровень трудовой адаптации у всех больных до начала шизофрении был достаточно высоким. Эти показатели, с одной стороны, отражали одинаково высокий исходный уровень социальной приспособленности больных всех групп, между которыми не обнаруживалось сколько-нибудь значимых статистических различий по этому признаку. С другой стороны, они не позволяли использовать уровень профессиональной квалификации, имевший место до начала шизофрении, в качестве критерия отдаленного медико-социального прогноза и позволил исключить его тоже из числа прогностически значимых.

Анализ распределение больных в зависимости от семейного положения к моменту начала шизофрении показал, что до развития шизофрении большая часть обследуемых (183 больных, 56,8%) не состояла в браке (холостые, разведенные, вдовы), тогда как удельный вес женатых в общей массе больных был более низким (139 больных; 43,1%). Вместе с тем сопоставление групповых показателей обнаружило достоверное преобладание лиц, имеющих собственную семью до начала заболевания, в I группе больных по сравнению с III группой (53,3% больных I группы; 42,4% больных второй и 34,0% больных III группы; $P_{1,2} > 0,05$; $P_3 > 0,01$),

тогда как между I и II, а также II и III группами сколько-нибудь существенных статистических различий не обнаружено. В III группе больных, напротив, наибольшим оказался удельный вес холостых (42,0% больных I группы; 51,0% больных – II группы и 60,6% больных III группы; $P_{1,2} > 0,05$; $P_3 < 0,01$), причем различия между I и III группами оказались статистически достоверными.

Что касается разведенных (1,9% больных I группы; 2,8% больных II и 1,8% больных III группы; $P_{1,2,3} > 0,05$) и вдовых (2,8% больных I группы; 3,8% больных II и 3,7% больных III группы; $P_{1,2,3} > 0,05$), то их численность во всех трех группах больных до начала шизофрении была одинаково незначительной. Достоверное преобладание лиц, еще до заболевания шизофренией состоящих в браке, в той группе больных, где сохранялся наиболее высокий уровень социально-трудовой адаптации, позволяло оценивать этот фактор в качестве прогностически благоприятного. Наряду с этим отсутствие собственной семьи в преморбидном периоде, по-видимому, могло оказать отрицательное влияние на динамику социально-трудовой адаптации по мере прогрессирования шизофренического процесса.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ влияния целого ряда социальных факторов, предшествовавших началу шизофрении, на состояние социально-трудовой адаптации на отдаленных этапах болезни позволил выделить прогностически значимые признаки. При этом наиболее благоприятным в прогностическом отношении следовало считать наличие собственной семьи до развития шизофренического процесса.

Отсутствие собственной семьи до развития заболевания, существенно повышало вероятность социально-трудовой дезадаптации на отдаленных этапах шизофрении с эпизодическим типом течения.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ВЕЛИЧИНА ПРЕМОРБИДА В СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

**Исламов Ш.Х., Мамасалиев Н.С., Аграновский М.Л., Курбанова Р.Р.
Андижанский Государственный медицинский институт.**

Цель исследования. Определение прогностическую значимость характерные особенности личности (тип преморбида) в социально-трудовом прогнозе эпизодической шизофрении.

Материалы и методы исследования. Для решения этой задачи было проведено клинко-эпидемиологическое обследование 322 больных с эпизодической шизофренией города Андижан с большой длительностью заболевания (свыше 20 лет). Эпизодическая ремитирующая шизофрения была диагностирована у 154 (47.8%) больных, а эпизодическая шизофрения с нарастающим дефектом - у 168 (52.2%) больных. Всего мужчин-162, женщин-160.

Результаты и обсуждение. Большой прогностической информативностью в социально-трудовом прогнозе эпизодической шизофрении обладает характерные особенности личности (тип преморбида).

Синтонный преморбидный тип личности наблюдался у большинства больных (147 больных; 45,6%) и характеризовался наличием таких черт, как общительность



жизнерадостность, разговорчивость, оптимизм, умение уловить общий тон настроения, практичность, откровенность, естественность в поведении, рационализм в решении жизненных проблем.

Вместе с тем, среди больных с шизофренией эпизодическим типом течения достаточно часто (112 больных; 34,8%) встречались личности шизоидного типа, основными свойствами которых были замкнутость, отсутствие выраженной потребности в контактах, погруженность в свой собственный внутренний мир, некоторая парадоксальность эмоциональных реакций, отражающих своеобразное сочетание повышенной впечатлительности и ранимости с эмоциональной холодностью к душевным переживаниям близких.

Определенное сходство с шизоидными личностями обнаруживали больные с психастеническими (14 больных; 4,3%) и астеническими (5 больных; 1,5%) чертами характера, благодаря наличию сенситивности, робости и застенчивости. Вместе с тем, больные с психастеническим преморбидным типом личности отличались преобладанием тревожной мнительности, склонности к самоанализу, развитой способностью к состраданию и сопереживанию чужим бедам, добросовестностью, чувством ответственности. Астенические личности наряду с признаками сенситивности характеризовались более выраженной раздражительностью в сочетании с быстрой истощаемостью эмоциональных реакций.

Больные с возбудимым преморбидным типом личности (28 больных; 8,7%) отличались повышенной возбудимостью, склонностью к вспышкам гнева, злобы, а нередко и злопамятностью, мстительностью, жестокостью. В отличие от личностей астенического склада, эти черты у возбудимых личностей сочетались со стеничностью, упрямством, настойчивостью в достижении цели.

Больным с истерической акцентуацией характера (16 больных; 5,0%) были свойственны стремление к признанию, эгоцентризм, некоторая театральность, демонстративность поведения, экспрессивность эмоциональных проявлений при полном равнодушии к чужим проблемам.

Выводы. Полученные данные указывали на наличие определенной зависимости между преморбидными характерологическими особенностями и динамикой социально-трудовой адаптации у больных шизофренией с эпизодическим типом течения. При этом преморбидный тип личности следовало рассматривать в качестве прогностически благоприятного фактора, способствующего длительному сохранению достаточно высокого уровня социально-трудовой адаптации, несмотря на возрастание давности шизофрении.



ВОЗРАСТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК РАННИЙ ПРЕДИКТОР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ.

**Исламов Ш.Х., Аграновский М.Л., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования: Целью исследования явилось определение прогностической значимости возраста начала шизофренического процесса для медико-социального прогноза на отдаленных этапах заболевания.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач мы провели клинико-эпидемиологическое исследование 322 больных шизофренией с эпизодическим типом течения города Андижана с длительностью заболевания более 15 лет (162 мужчин, 50,3 % и 160 женщин, 49,7%)

Результаты исследования и их обсуждение. Выделение комплекса клинических факторов, позволяющих осуществлять социально-трудовой прогноз у больных эпизодической шизофренией уже на ранних этапах заболевания, представлялось еще более важной задачей.

Одним из важных факторов, на наш взгляд, следовало считать возраст начала шизофренического процесса.

Результаты распределения, демонстрируют нарастание удельного веса больных, заболевших шизофренией с эпизодическим типом течения в возрасте до 20 лет, в группах с более низким уровнем социально-трудовой адаптации (24,3% больных I группы; 39,6% больных второй группой и 49,5% больных III группы; $P_1 < 0,01$; $P_2 > 0,05$; $P_3 < 0,001$). В I группе численность таких больных со статистической достоверностью оказалось более низкой, чем во II и III группах. Вместе с тем в этой группе больных выявлялся наибольший процент лиц, заболевших эндогенным заболеванием в возрасте старше 20 лет (75,7% больных I группы; 60,2% больных второй и 47,6% больных III группы) $P_1 < 0,01$; $P_2 > 0,05$; $P_3 < 0,001$), причем наиболее значимые различия касались возрастного интервала от 21 до 30 лет (43,0% больных I группы; 29,2% больных второй группы и 22,9% больных III группы, $P_{1,2} > 0,05$; $P_3 < 0,01$), тогда как начало шизофрениии с приступообразным типом течения в возрасте старше 30 лет во всех трех группах обследуемых выявлялось почти с одинаковой частотой.

Полученные данные свидетельствовали о том, что возраст начала шизофрениии с эпизодическим типом течения является важным прогностическим признаком, который может быть включен в комплекс прогностически значимых клинических факторов. При этом раннее (до 20 лет) начало заболевания следовало расценивать в качестве фактора, ухудшающего социально-трудовой прогноз, а развитие шизофрениии с эпизодическим типом течения в возрасте старше 20 лет в качестве благоприятного прогностического признака.

Выводы. Острый дебют заболевания в возрасте старше 20 лет являются более благоприятными факторами медико-социального прогноза больных шизофренией с эпизодическим типом течения. Раннее начало заболевания в возрасте до 20 лет с

инициальных расстройств, напротив, играют роль неблагоприятных факторов, ухудшающего прогноз по мере прогрессирования заболевания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ФЛАВОНОИДОВ В РАСТЕНИИ (TUSSILAGO FARFARA) МЕТОДОМ ВЭЖХ

Исломова Саидахон Тургуновна
доцент кафедры медицинской химии

Андижанского государственного медицинского института

При приготовлении лекарств лист растения входит в состав чая и используется при изготовлении галеновых лекарств. Мать-и-мачеха богато различными веществами. Он содержит 5-12% танина, глюкозида, сапонины, тусилагина, инулина, крахмала, каротиноидов, а также много витамина С. Также цветок белены содержит 0,08— 0,12% эфирного масла, танид и красящее вещество тараксантин. Флавоноиды в образце определяли методом жидкостной хроматографии. Из пробы на аналитических весах вынимают 5-10 гр и помещают в плоскую колбу объемом 300 мл. Сверху добавляют 50 мл 70% раствора этанола. Смесь оснащают магнитным миксером, обратным охладителем, кипятят при 70-800 с, интенсивно помешивая в течение 1 часа, а затем перемешивают при комнатной температуре в течение 2 часов. Смесь просеивают и фильтруют. Оставшуюся часть повторно экстрагируют 2 раза, добавляя 25 мл 70% этанола. Фильтраты соединяют и помещают в мерную колбу объемом 100 мл, наполненную 70% этанолом. Полученный раствор вращают в центрифуге со скоростью 6000-8000 оборотов в минуту в течение 20-30 минут. Первоначально в хроматограф вводили рабочие стандартные растворы, а затем готовые рабочие растворы.

Хроматограмма листа мать-и-мачехи

Анализ экстракта образца показал наличие фенольных соединений-флавоноидов: лютионин-1,12 мг-гр; рутин-2,65 мг/гр; кверцитин-3,25 мг/гр; дигидрокверцетин-2,98 мг/гр. Анализ содержания флавоноидов в этом растении показывает, что наличие и относительно высокое содержание флавоноидов рутин, кверцитин, дигидрокверцетин еще больше повышает интерес к изучению этого растения.

Вывод. В ходе исследований изучено и проанализировано флавоноиды, содержащиеся в растении мать-и-мачехи. Посредством комплексного анализа растения целесообразно создавать новые пищевые добавки, которые используются в народной медицине для профилактики заболеваний позвоночных грыж.



ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПУТЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ РНЦЭМП АФ

О.А.Исмаилов, Б.Ю.Маматов 1

**ассистент кафедры анестезиологии реаниматологии и скорой медицинской
помощи и анестезиолог-реаниматолог в нейрореанимации в РНЦЭМП АФ**

Цель: снижение гнойно-воспалительных явлений у пациентов посттравматических состояний легкого после дополнительного лечения путем лимфотропной терапии.

Материалы и методы: нами было проведен анализ пациентов перенесших гнойно-воспалительных явлений у пациентов посттравматических состояний легкого (ушиб легкого), которым в перед интубационном периоде проводилась лимфотропное введение лекарственных препаратов (антибиотик цефтриаксон, анестетик прокаин 0,5%-3 мл) по разработанной нами методике. Всего было включено в исследование 20 пациентов, мужчин было 18(90%), женщин 2(10%). Во всех случаях верификация была получена на догоспитальном этапе. Ушиб легких 13 (65%), пневмония 7 (35%). Также был проведен анализ капнография, общий анализ крови и общий биохимический анализ, он составил в пределах норм. Всем пациентам было выполнено интубации трахеи, и дополнительно выполнили легкий вибромассаж и санация ТБД.

Результаты: Для оценки эффективности лимфотропной терапии в снижении гнойно-воспалительных явлений были исследованы лабораторные показатели лейкоцитов, СОЭ, у всех пациентов. Перед манипуляций Ле- $8,7 \times 10^9$ /л, после интубации на 2 сутки отмечено повышение до $11,1 \times 10^9$ /л, на 6 сутки уровень Ле $9,3 \times 10^9$ /л. Анализ С-реактивного белка как маркера воспалительного процесса также показывает значимое снижение от 29,7 до операции, до 12,3 на 10 сутки послеоперационного периода. В нашей группе исследования возникновения тяжелых гнойно-воспалительных явлений в виде эмпиемы плевры, пневмонии не было отмечено ни у одного пациента.

Выводы: лимфотропное введение антибиотиков и местного анестетика прокаина предложенным способом, позволяет снизить риск развития гнойно-воспалительных явлений посттравматических состояний у пациентов с ушибам легких.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ВАРИАНТ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ К АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ

Исмаилов О.А.1 Маматов Б.Ю.2 1

**ассистент кафедры анестезиологии реаниматологии и неотложной медицинской
помощи и анестезиолог-реаниматолог в нейрореанимации в РНЦЭМП АФ 2
доцент кафедры анестезиологии реаниматологии и неотложной медицинской
помощи**

Цель работы: из-за неконтролируемого применения антибиотиков развивается устойчивость возбудителей к антибиотикотерапии, что повышает риск послеоперационных осложнений в нейрореанимации (травматологии и нейрохирургии), пролонгирует время выздоровления и увеличивает риски развития внутрибольничных инфекций. Возникла необходимость применения альтернативных методов введения лекарств.

Материалы и методы исследования: в данном случае можно говорить о преимуществах лимфотропной терапии: более продолжительная терапевтическая концентрация лекарственных средств в лимфатической системе и окружающих тканях.

Результаты и их обсуждение: однократное лимфотропное введение антибиотиков создаёт в периферической крови концентрацию препарата, действующую на большую часть возбудителей травматологических инфекций в течение 12 часов. Регионарная лимфотропная терапия высокоэффективна при комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и органов грудной клетки. Особое значение такое введение лекарственных препаратов имеет у больных с вторичными иммунодефицитами, у больных с декомпенсированным сахарным диабетом. При включении иммуномодулятора наблюдается резко выраженная положительная динамика течения заболевания, значительное снижение уровня послеоперационных осложнений.

Выводы: таким образом, можно сказать, что лимфотропная терапия – эффективный инструмент борьбы с хирургической инфекцией в руках врача.

УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ЭКСТРЕННЫХ ТОРАКОСКОПИЙ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА

**Исмаилов О.А.1, Каримов А.А.2, Ахмедов М.Х.3, Бутабеков Х.А.4,
ассистенты кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной
медицинской помощи, АГМИ, врач анестезиолог-реаниматолог в Андижанском
филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи 1
заведующий отделении нейрореанимации в Андижанском филиале
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи2 врач
анестезиолог-реаниматолог в Андижанском филиале Республиканского
научного центра экстренной медицинской помощи 3,4**

Цель исследования. Оптимизировать метод коллабирования легкого у больных с проникающими ранениями груди при выполнении видеоторакоскопии.

Материалы и методы. Одним из условий выполнения ВТС считают необходимость проведения однологочной вентиляции (ОЛВ) с применением интубационных трубок типа Робертшоу или блокаторов бронха, для создания искусственного коллабирования легкого на стороне вмешательства. Альтернативным методом для проведения экстрен-ных ВТС без применения эндобронхиальной интубации является карбоксипневмоторакс (КПТ). На фоне КПТ сохраняется



двулегочная вентиляция, за короткое время создается операционная полость, для полноценной работы хирурга, анестезиологическая под-держка данного метода осуществляется применением эндотрахеальной интубации, что облегчает течение анестезии у пациентов с проникающими ранениями груди. Мы накладывали КПТ, электронным инсuffлятором, КПТ создает оптимально удобную и быстро создаваемую зону для работы хирурга. Проанализированы результаты анестезиологического пособия 88 пациентов с проникающим ранением груди, гемопневмотораксом. Больные были разделены на две группы. Средний возраст пострадавших $36,4 \pm 1,3$ лет. В группе I проводили интубацию трахеи одноканальной трубкой и на этапе торакоскопии инсuffлировали CO₂ в плевральную полость ($n=58$), а в группе II использовали раздельную интубацию бронхов ($n=30$). Для выбора методов ИКЛ у пациентов с проникающими

ранениями груди при проведении экстренной ВТС, учитывали объективные данные и анамнез пострадавших, уровень сознания, «полный желудок» и наличие алкогольной интоксикации. Для больных с множественными повреждениями груди, колото-резаными и огнестрельными ранениями «сердечной зоны», так же пострадавшим с признаками гиповолемического шока, анамнестически с полным желудком или прогнозируемой трудной интубацией, предпочтение отдавали КПТ. У больных не имеющих гемодинамических расстройств, алкогольного опьянения, применяли раздельную интубацию бронхов ДПТ. Всем больным выполнена ВТС, время эндоскопического этапа для группы I составило $69 \pm 6,6$ минуты и 49 ± 6 минуты для группы II. Применяли стандартный и расширенный интраоперационный мониторинг, импедансную кардиографию. Всем пострадавшим проведена комбинированная тотальная внутривенная анестезия с применением бензодиазепинов, барбитуратов или кетамина, наркотических анальгетиков и мышечных релаксантов. Среднее время вводного наркоза и интубации трахеи для больных группы I составило $6 \pm 0,1$ минуты. Для пациентов группы II это время равнялось $10 \pm 0,4$ минуты. Риск анестезии по шкале физиологического состояния ASA составил $3,5 \pm 0,06$ ($n=88$). В группе I, ($n=58$) риск соответствовал III классу по ASA у 22 больных обеих групп (25%), так в группе I у 13 пациентов (22%), а в группе II у 9 пострадавших (30%). У 66 пострадавших в обеих группах (75%), был определен IV класс по междуна-родной классификации ASA, в группе I, у 45 больных (78%) и в группе II у 21 пациента (70%). Характер повреждений у поступивших больных это проникающее ранение груди с повреждением ткани легкого без повреждения крупных сосудов и бронхов у 42 (51,8%) пациентов, с повреждением крупного сосуда легкого у 1 больного. Ранение сердца наблюдали у 11 пациентов (12,5%), из них у 6 больных ранение перикарда без тампонады и у 5 пациентов ранение миокарда. Повреждение диафрагмы и органов брюшной полости наблюдали у 4 (4,5%) больных, ранение печени в 3,4% случаев ($n=3$), селезенки в 3,4% ($n=3$), кишечника в 1,1% ($n=1$), желудка в 4,5% ($n=4$) всех случаев. Повреждение сосудов грудной стенки наблюдали у 16 (18%) пострадавших, из них ранение внутренней грудной артерии наблюдали у 5 (5,6%) больных и повреждение межреберной артерии в 17% наблюдаемых случаев ($n=15$). Отсутствие повреждений внутренних органов диагностировано у 32 (36%) человек имевших проникающее ранение груди. Полученные значения регистрировали на всех этапах операции (транспортировка в операционную, индукция, интубация,

инсуффляция CO₂, группа I или одноклеточная вентиляция, группа II, десуффляция газа или восстановление двухклеточной вентиляции и конец анестезии).

Результаты и обсуждение. Тяжесть состояния пострадавших группы II была ниже, в результате предпочтение эндотрахеальной интубации отдавали более сложным пациентам. Время ВТС в группе I, соответственно увеличилось, за счет большего числа лечебных ВТС с выполненным эндоскопическим гемостазом, n=35 (60%). В группе II большинство, n=26 (87%) ВТС имели диагностический характер. Время затраченное на интубацию трахеи в группе I было почти вдвое меньше чем в группе II. Наличие остаточного дыхательного объема в легком, в группе II не позволяло коллабировать легкое в полном объеме, остатки воздуха удаляли с помощью активного электрического аспиратора, что требовало дополнительного времени и влияло на длительность экстренных ВТС. Полученные результаты интраоперационного мониторинга подтвердили отсутствие различия в обеих группах на всех этапах анестезиологического пособия, что может характеризовать ИКЛ с КПТ, как безопасный метод при ВТС, способный применяться в практике стационара экстренной помощи у пострадавших с ранениями груди.

АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ПОЛИПОВИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Исмаилов С.И.1, Джуманиязов Д.А.1, Йигиталиев С.Х.1.2

**ГУ «Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»
Ташкентский государственный стоматологический институт**

Одной из самых частых локализацией полиповидных образований слизистой оболочки является толстая кишка, при этом данная патология имеет особое значение в плане риска развития колоректального рака.

Материалом для анализа клинических исследований послужила оценка результатов лечения пациентов с поверхностными неопластическими поражениями толстой кишки. В данную группу включены пациенты с поверхностными образованиями в толстой кишке, в группе сравнения - 112 пациентов (удалено – 170 образований) и в основной группе - 96 больных (удалено 152 образования). Пациентов с одиночными образованиями в группе сравнения было 75, в основной группе – 60, 2 образования было у 22 и 21 пациента соответственно, 3 образования у 12 и 13 и более 3 у 3 и 2. Средний размер в группе сравнения составил 1,8 см, в основной группе 1,9 см.

В 42 случаях удалены полиповидные образования типа 0-Is в группе сравнения и 39 в основной группе. Неполлиповидные слегка приподнятые поверхностные образования (0-IIa) удалены в 125 и 109 случаях соответственно. Также после внедрения метода подслизистой диссекции в группе сравнения было выполнено 3 удаления образований типа LST (латерально-распространяющееся образование), в основной группе таких образований было 4.

Эндоскопические вмешательства в группе сравнения включали холодное удаление биопсийными щипцами – 16 образований, холодное удаление петлей – 34,

тепловое удаление электроэксцизией – 58, EMR – 43 случая и ESD – 19. В основной группе применен новый метод эндоскопической эксцизии, при этом тепловое удаление путем лазерной эксцизии выполнено в 72 случаях, EMR – 48 и ESD – 32 случая.

Основные технические аспекты способа включают введения геля, приготовленного из порошка Немобен и 20 мл раствора метиленовой сини, в подслизистый слой в область основания полипа с формированием валика. Далее производят иссечение полипа вместе с окружающей здоровой тканью слизистой оболочки до подслизистого слоя путем использования диодного лазера системы Gbox.

Эндоскопическое удаление поверхностных полиповидных и неполиповидных новообразований слизистой толстой кишки по предложенной методике позволило увеличить вероятность выполнения эксцизии единым блоком с 57,1% до 70,4% ($\chi^2=6,147$; $df=1$; $p=0,014$), существенно снизить риск геморрагических проявлений, требующих дополнительных манипуляций после удаления как во время вмешательства (с 4,7% до 0%), так и отсроченных кровотечений в ближайший период (с 2,4% до 0,7%) ($\chi^2=8,980$; $df=2$; $p=0,012$), а также в целом общей частоты осложнений с 4,5% до 1,0%, при этом получено сокращение госпитального периода после вмешательства с $4,0 \pm 1,2$ до $3,4 \pm 1,0$ суток ($t=4,23$; $p<0,05$). При этом методика позволяет выполнить R0-резекцию в 79,7% случаев (при полипах до 2,0 см – 91,7%, более 2,0 см – 76,9%).

Анализ отдаленных результатов позволил определить, что эксцизия полипов с применением диодного лазера по предложенной методике, за счет технических особенностей способа позволила снизить риск рецидива формирования поверхностных новообразований с 24,2% до 5,0% ($\chi^2=12,142$; $df=1$; $p<0,001$), при этом данная тенденция отмечена как при удалении единым блоком (доля рецидива снижена с 7,5% до 1,1%; $\chi^2=4,379$; $df=1$; $p=0,037$), так и при фрагментированной эксцизии (с 24,6% до 7,0%; $\chi^2=5,554$; $df=1$; $p=0,019$), а также в зависимости от исходных размеров полипов: до 1 см с 3,8% до 0% ($\chi^2=0,825$; $df=1$; $p=0,364$), 1-2 см – с 7,7% до 0% ($\chi^2=1,923$; $df=1$; $p=0,166$) и при образованиях более 2 см – с 20,4% до 4,5% ($\chi^2=10,285$; $df=1$; $p=0,002$). В свою очередь риск рецидивов формирования поверхностных новообразований в толстой кишке зависел не только от их исходных размеров и варианта удаления, а также от локализации. В частности, при удалении образований из правой половины толстой кишки предложенный способ позволил сократить этот показатель с 23,7% до 5,3% ($\chi^2=7,904$; $df=1$; $p=0,005$), в левой части ободочной кишки с 9,3% до 1,3% случаев ($\chi^2=4,905$; $df=1$; $p=0,027$).

Обобщая все результаты лечения можно отметить следующее. Если рассматривать всех пациентов, исходно наблюдавшихся и в последствии прослеженных в отдаленном периоде после эндоскопических вмешательств, то внедрение новой методики эндоскопической эксцизии полиповидных и неполиповидных новообразований толстой кишки позволило в целом улучшить результаты лечения. В нашем исследовании к хорошим мы отнесли результаты, которые исключали развитие ближайших осложнений после манипуляции и рецидивов образования полипов. Удовлетворительными считались результаты, при которых не отмечено рецидивов патологии, но имели место какие-либо клинически

значимые осложнения, разрешенные консервативно (постполипэктомический электрокоагуляционный синдром) или повторным эндоскопическим вмешательством (отсроченные кровотечения) (степень 2-3а по Clavien-Dindo). Неудовлетворительными считались результаты, когда в отдаленном периоде отмечены рецидивы формирования новообразований. Если рассматривать когорту только прослеженных в отдаленном периоде пациентов, то доля хороших результатов в группе сравнения составила 70,3% (у 64 из 91 больного), удовлетворительных – 5,5% (5) и неудовлетворительных – 24,2% (22). В основной группе результаты соответствовали хорошим в 93,8% (у 75 из 80 пациентов) случаев, удовлетворительным в 1,3% (1) и неудовлетворительным в 4 (5,0%) случаях ($\chi^2=15,355$; $df=2$; $p<0,001$).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

**Исмат О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б., Ермилова Е.В.
Самаркандский Государственный Медицинский Университет**

Цель исследования. Аугментация молочных желез является наиболее частым эстетическим хирургическим вмешательством. Однако эндопротезирование с использованием силиконовых имплантов зачастую сопровождается рядом негативных последствий в послеоперационном периоде, связанных в том числе с выраженным болевым синдромом. Одним из возможных путей решения данной проблемы является внутримышечное введение ботулотоксина с последующим использованием электромагнитного воздействия в области эндо- протезирования. Цель исследования — оценить эффективность комбинированного применения внутримышечного введения ботулотоксина с последующим использованием электромагнитного воздействия с целью снижения выраженности болевого синдрома у пациенток после аугментации молочных желез.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на результатах обследования 89 лиц женского пола, перенесших эндо- протезирование молочных желез силиконовыми имплантами. Все женщины были разделены на 4 группы с учетом подхода к использованию ботулотоксина типа А и электромагнитного поля с частотой 448 кГц. В ходе наблюдения оценивали интенсивность болевого синдрома интраоперационно, а также в раннем и позднем послеоперационных периодах.

Результаты исследования. Установлено, что курс электрофизиологического воздействия препаратом INDIBA, проводимый в первую неделю после эстетического эндопротезирования молочных желез, существенно повышает эффективность обезболивающего действия ботулотоксина. Частота и выраженность легкого болевого синдрома в этой подгруппе пациенток на 1-е и 2-е сутки оказывается меньше на 51,7% ($p < 0,01$) и на 41,8% ($p < 0,01$) по сравнению с результатами использования лишь ботулотоксина. Статистический расчет позволил выявить сильную связь между курсовым использованием электрофизиологического воздействия INDIBA после введения ботулотоксина с выраженностью болевого синдрома на 1-е, 2-е и 7-е сутки реабилитационного периода после эндопротезирования молочных желез ($p = 0,00062$

– 0,01). Интенсивность болевого синдрома в анализируемых под- группах, а также в контрольной подгруппе пациенток в течение месяца после выполненного эстетического эндопротезирования молочных желез силиконовыми имплантами, данные которой позволяют заключить, что среди подгруппы женщин, у которых введение ботулотоксина типа А сочеталось с курсом электрофизиологического воздействия, уже к исходу первых суток послеоперационного периода превалировал болевой синдром легкой и умеренной степени — в 76,4 и 11,3% наблюдений. Одновременно в тот же срок среди пациентов, получавших лишь ботулотоксин, частота легкого и умеренного болевого синдрома оказалась на 51,7% ниже ($p < 0,01$) и на 25,4% выше ($p < 0,05$), соответственно. В контрольной группе, где ботулотоксин не вводился, электрофизиологического воздействия не было, преобладал выраженный и умеренный болевой синдром — в 45,7 и 36,8% клинических наблюдений. Одновременно в том же массиве клинических наблюдений на 2-е сутки после эстетического эндопротезирования молочных желез в подгруппе наблюдений, где реабилитационные мероприятия включали введение препарата ботулотоксина и электрофизиологическое воздействие, отсутствие болевого синдрома констатировано в 11,3% случаев, а боль легкой или умеренной интенсивности — у 74,5 и 11,1% пациенток соответственно. В тот же срок в группе сравнения, где использовался лишь ботулотоксин, частота легкого болевого синдрома оказалась на 41,8% меньше ($p < 0,01$), а умеренной боли — выше на 28,2% ($p < 0,05$). Как и в первые сутки, к исходу вторых в группе контроля, где использовали лишь плацебо и отсутствие электрофизиологического воздействия, преобладал выраженный и умеренный болевой синдромы — соответственно, в 32,6 и 43,6% случаев.

Выводы. Предложенный комплекс реабилитационных мероприятий после эстетического эндопротезирования молочных желез оказывает статистически значимый патогенетически обоснованный выраженный и длительный обезболивающий эффект в послеоперационном периоде.

ИММУНОГРАММА И ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

**Исматил О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б., Ермилова Е.В..
Самаркандский Государственный Медицинский Университет**

Цель исследования. Эндопротезирование молочных желез (ЭМЖ) является распространенным видом эстетических операций во всем мире. По данным ISAPS (международное общество эстетической пластической хирургии) в 2018 году было выполнено около 1,8 млн таких операций, что на 6,1% выше, чем в 2017 году – 1,7 млн, соответственно. Это свидетельствует об интенсивном росте количества выполняемых операций по поводу аугментации молочных желез. Российская Федерация входит в топ-15 стран мира по количеству оперативных вмешательств данного рода.

Материалы и методы исследования. В работе использовались показатели анализов крови и иммунограммы на 1-30 сутки и спустя 6 и 12 месяцев у 85 пациенток, перенесших эндопротезирование молочных желез. В анализах крови



оценивались показатели абсолютного количества лейкоцитов и лимфоцитов, % содержание эозинофилов и лимфоцитов, скорость оседания эритроцитов (СОЭ), концентрация С-реактивного белка, а также показатели клеточного (Т-лимфоциты CD3+, Т-хелперы CD4+, Т-цитотоксические лимфоциты CD8+, и соотношение CD4+/CD8+) и гуморального (IgA, IgM, IgG IgE, ЦИК) иммунитетов. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе SPSS Statistics 12.0.2.

Результаты исследования . Особенности параметров клинического анализа крови и иммунограммы как в ранние, так и в отдаленные сроки (до года) после аугментации груди позволяет констатировать ряд особенностей, имеющих связь с операционным стрессом, развитием хронической воспалительной и аллергической реакции у женщин. В первые сутки после выполнения ЭМЖ силиконовыми имплантами у реконвалесцентов закономерно отмечена небольшая анемия и лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нейтрофилия, увеличение величины СОЭ, содержания С-реактивного белка и гипергликемия – обычные следствия операционного стресса. К исходу четвертой недели практически все из отмеченных лабораторных особенностей компенсировались, вместе с тем, в группе женщин по прежнему выявлялись явления лейкоцитоза, лимфопении, эозинофилии, острофазовые изменения в виде повышенной величины С-реактивного белка и СОЭ. Через полгода и год после операции в исследуемой группе женщин явления относительной лимфопении, абсолютной и относительной эозинофилии, как свидетельство реакции алергизации на силиконовую имплантацию отмечались в 73% наблюдений, что соответствует трем из четырех женщин, перенесших такое хирургическое вмешательство. К исходу 6-го месяца после ЭМЖ силиконовыми имплантами у обследованного контингента женщин абсолютное число лейкоцитов периферической крови незначительно превышало среднюю величину и колебалось в пределах верхних референсных значений - до $7,9 \times 10^9/\text{л}$, при этом абсолютное и относительное число лимфоцитов снижалось до $1,28 \times 10^9/\text{л}$ и 23%, соответственно, а относительное количество эозинофилов достигало 9,3% при тенденции к увеличению показателя СОЭ - до 18 мм/ч и уровню С-реактивного белка - до 5,8 мг/л.

Выводы. В отдаленном периоде после аугментации молочных желез у пациенток выявляются лабораторные проявления хронической воспалительной реакции и аллергии, несмотря на благоприятное клиническое течение послеоперационного периода. Повышение уровней иммуноглобулинов классов М G и E в течении полугода-года после им- плантации имплантов у 44,7-65,8% реконвалесцентов является следствием наличия типового патологического процесса аутоиммунной воспалительной реакции на частицы силикона. Полученные данные позволяют заключить, что необходимо длительное и тщательное наблюдение за пациентками после ЭМЖ в отдаленных периодах с целью профилактики и ранней диагностики и лечения развивающихся осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ

Ишниязова Н.Д., Салихова К.Ш., Абсаттарова Ш.А.

**Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии
Ташкентский педиатрический медицинский институт Педиатрия**

Внебольничная пневмония (ВП) – наиболее распространенная форма пневмонии и одна из ведущих причин смертности. По данным Всемирной организации здравоохранения, смертность детей от пневмонии в первые 5 лет жизни составляет до 20–25%. Одним из аспектов изучения пневмонии является анализ показателей иммунной системы, в частности, - цитокинов, имеющих как диагностическое, так и прогностическое значение.

В основе системной воспалительной реакции лежит запуск цитокинового каскада, который включает, с одной стороны, провоспалительные, а с другой - противовоспалительные цитокины. Баланс между этими двумя группами медиаторов во многом определяет характер течения и исход процесса. Несмотря на большое число опубликованных работ по вопросам диагностики внебольничной пневмонии, неблагоприятный фон, предшествующий заболеванию детей, особенно с аллергической отягощенностью, содействует развитию болезни и более тяжелому его течению.

Цель исследования. Изучить особенности биохимических и иммунологических показателей у детей с внебольничной пневмонией с аллергической отягощенностью.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 60 детей с внебольничной пневмонией в возрасте от 4 до 7 лет в отделении пульмонологии РСНПМЦ Педиатрии. В зависимости от аллергического проявления, мы их разделили на две группы: 1 группа – основная - 30 больных детей с внебольничной пневмонией с аллергической отягощенностью, 30 детей с ВП 2-группа (сравнения) и 20 детей контрольной группы. Всем детям были проведены общеклинические (общий анализ крови, общий анализ мочи), биохимические (С-реактивный белок) и иммунологические (IL-1 β , TNF- α , IL-4) исследования.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов обследованных детей позволил выявить, что наибольшее повышение концентрации маркера острого воспаления (СРБ) было в 1 группе обследованных детей, при этом отмечалось их достоверное повышение до $54,5 \pm 4,5$ мг/л ($p < 0,001$) более чем в 12,1 раза по сравнению с нормативными данными ($4,5 \pm 0,9$ мг/л), по отношению к группе сравнения в 1,4 раза ($38,6 \pm 3,1$, $p < 0,01$).

С-реактивный белок действительно может быть использован в качестве прогностического предиктора у детей с внебольничной пневмонией при аллергической отягощенности. Они могут сопутствовать друг другу, особенно у детей с атопической предрасположенностью. Повышение уровня С-реактивного белка в крови, возможно связано с воспалительными процессами, которые сопровождают эти заболевания.

Среди провоспалительных цитокинов классическими являются IL-1 β . Из результатов анализа нами выявлено, что у детей 1-группы уровень IL-1 β повысился в 4,7 раза в сравнении с контрольной группой, по отношению к группе сравнения повысился в 1,3 раза. Одним из основных представителей провоспалительных цитокинов является TNF- α . При анализе содержания TNF- α у больных детей 1-группы нами было отмечено его достоверное увеличение в сравнении с практически здоровыми детьми, по отношению к группе сравнения повысился в 1,3 раза.

Результаты анализа показателей противовоспалительного цитокина IL-4 у детей основной группы выявил достоверное повышение по отношению к группе сравнения в 2,1 раза и были выше контрольных значений в 5,8 раза, что составило в среднем $4,6 \pm 0,6$ пг/мл ($p < 0,001$).

Выводы. Определение уровня С-реактивного белка, цитокинов в сыворотке крови детей с ВП важен для оценки степени тяжести заболевания, может служить маркером тяжести и прогноза дальнейшего развития пневмонии у данного контингента детей.

ПРИМЕНЕНИЕ САЛАМОЛ ЭКО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

**Йулдашев Ш.М., Солиев Р.К., Киргизбоев А.А..
Ферганский филиал РНЦЭМП**

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

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

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

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

Материалы и методы. Обследовано 95 детей, больных БА в возрасте от 3 – х до 14 лет, которые находились на диспансерном учете по поводу заболевания в периоды обострения и ремиссии. Комплекс обследования больных включал обще клинические и биохимические исследования. Больные были разделены на 2 группы: контрольная –

40 детей, которые находились на базисной терапии, включавшей – антибиотики по показаниям, десенсибилизирующие препараты, симптоматические, а также физические методы и основная – 55 детей с БА, получавшие саломол эко .

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

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

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ФЛОТИРУЮЩЕЙ БЛЯШКИ СОННОЙ АРТЕРИИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СТЕНОЗЕ СОННОЙ АРТЕРИИ

**Йулдашев Ш.М., Маматалиев Ф.А., И., Насриддинов Ж.А. Махмудов Н.И.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья Ферганский
филиал РНЦЭМП**

Существует мнение, что стеноз сонной артерии в большинстве случаев вызывает ишемический инсульт. Литературные данные указывают на наличие до 30% пациентов с данными симптомами. Каротидная эндартерэктомия снижает риск развития ишемического инсульта в будущем, однако оперативное вмешательство имеет свои риски и осложнения. По данным исследований, осложнения после каротидной эндартерэктомии в виде летального исхода или инсульта в первые 30 дней составляет примерно 2% прооперированных больных. Поэтому важной частью является отбор



пациентов, к которым оперативное вмешательство является единственным методом лечения, для уравнивания рисков и осложнений в виде летального исхода или ишемического инсульта.

В данной работе будет исследована распространенность стеноза сонной артерии у пациентов перенесшие локальный инсульт. Систематический обзор покажет распространённость стеноза сонной артерии, вызывающий ишемический инсульт, который поможет в дальнейшем дифференцировать бляшек в сонной артерии имеющие высокий риск развития ишемического инсульта. Данные также основаны на гистологических микропрепаратах, полученные после каротидной эндартерэктомии.

Введение. Стеноз сонной артерии играет важную роль в этиологии ишемического инсульта. Основной механизм развития ишемического инсульта это формирование тромбов и последовательное их эмболизация. Еще одной причиной может быть нарушение гемодинамики в виде снижение кровотока дистальнее от место стенозирования приводящее к гипоперфузии головного мозга. В этой работе изучается распространенность стеноза сонных артерий при ишемическом инсульте. Также рассматривается роль транскраниальной доплерографии (ТКД) мозга и МСКТ у пациентов со стенозом сонной артерии.

Методы. Распространенность стеноза сонной артерии были исследованы у 32 пациентов в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с применением систематического обзора с мета-регрессивных анализов на распространенность стеноза сонных артерий. Индивидуальные факторы риска и морфологические характеристики бляшки сонной артерии были связаны с наличием сигналов микро-эмбол в ТКД. Степень перфузии головного мозга оценивали у пациентов со стенозом сонной артерии и перенёсших каротидную эндартерэктомию (КЭА).

Результаты. Среди 16 пациенты со стенозом сонной артерии $\geq 50\%$ распространенность местного инсульта составила 19%, включая 7,9% которые имели симптоматический стеноз. Суммарная оценка стеноза сонной артерии, описанных в 32 исследованиях составила 16,0% и этот показатель не снижался со временем. Обнаружение микро эмболических сигналов в ТКД мозга было связано с более высоким риском развития инсульта в будущем связанный с кровотечением. Гемодинамические факторы играли один из основных ролей в возникновении инсульта, особенно у пациентов имеющие стеноз $\geq 70\%$. Церебральная перфузия улучшилась у пациентов, перенесших КЭА, особенно у тех пациентов у кого стеноз изначально был $\geq 70\%$.

Выводы. На основе полученных данных можно предположить, что морфология бляшек имеет более важное значение, чем уровень стеноза сонной артерии, когда как уровень стеноза сонной артерии имеет большее значение при возникновении гипоперфузии головного мозга. Также имеются данные о синергической роли эмболии и нарушении гемодинамики в механизме развития ишемического инсульта при стенозе сонной артерии.



ЭКСТРЕННАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Йулдашев Ш.М.Махмудов Н.И.Тухтакулов А.Ю.

**Ферганский медицинский институт общественного здоровья Ферганский филиал
РНЦЭМП**

Актуальность. Кома, являясь острым патологическим состоянием, требует неотложной терапии на как можно более ранних этапах. По данным Национального научно–практического общества скорой медицинской помощи, на догоспитальном этапе частота ком составляет 5,8 на 1000 вызовов. При этом догоспитальная летальность достигает 4,4%.

Материалы и методы исследования. В 2023 году Ферганской городской станцией скорой помощи выполнено 38306 вызовов, из них госпитализированных составило 5372 (14,1%) Среди госпитализированных больных в коматозных состояниях составило 281 человек (5,2% от общего число госпитализированных) Наиболее частой причиной развития коматозного состояния являлось инсульт 196 человек что составляет – 69,7%, на втором месте – черепной–мозговая травма – 45 что составляет 16,1%, далее следует передозировка наркотиков – 11 что составляет 3,9%, далее следуют гипогликемическая кома – 9 человек что составляет 3,2 %, диабетическая кома и отравления лекарствами – 7 больных что составляет 2,4%, алкогольная кома – 6 больных 2,1%; реже диагностируется кома вследствие отравлений различными ядами – 1,4%. Достаточно часто причина комы на догоспитальном этапе оставалась не только невыясненной, но даже незаподозренной 3 больных что составило – 1,06%. Все причины комы можно свести к четырем основным: внутричерепные процессы ,сосудистые ,воспалительные ,объемные и другие

Однако во многих случаях установить точную причину развития коматозного состояния на догоспитальном этапе не представляется возможным. Ведущим в клинической картине любой комы является выключение сознания с утратой восприятия окружающего и самого себя. Выключение сознания оглушение может иметь различную глубину, в зависимости от которой используются термины: обнубиляция затуманивание, помрачение, облачность сознания, оглушение; сомнолентность сонливость; сопор беспамятство, бесчувственность, патологическая спячка, глубокое оглушение; кома наиболее глубокая степень церебральной недостаточности.

Результаты. При оказании первой помощи больному, находящемуся в коматозном состоянии, преследуются несколько целей. Мероприятия по достижению главных из них осуществляются одновременно: 1. Обязательна немедленная госпитализация в реанимационное отделение,несмотря на обязательную госпитализацию, неотложная терапия при комах во всех случаях должна быть начата немедленно. 2. Необходимо восстановление (или поддержание) адекватного состояния жизненно важных функций.

3. Имобилизация шейного отдела позвоночника необходима при любом подозрении на травму.



4. Обеспечиваются необходимые условия для проведения лечения и контроля. "
5. Проводится диагностика нарушений углеводного обмена и кетоацидоза.
6. Проводится дифференциальная диагностика и борьба с гипогликемией
7. Обязательна профилактика острой энцефалопатии
8. С лечебнодиагностической целью применяют антидоты.
9. Для борьбы с внутричерепной гипертензией 10. Нейропротекция и повышение уровня бодрствования.
11. Мероприятия по прекращению поступления токсина в организм
12. Симптоматическая терапия
13. При всех комах обязательна регистрация ЭКГ.

Выводы. Следует помнить о том, что при любом коматозном состоянии, вне зависимости от глубины церебральной недостаточности, применение средств, угнетающих ЦНС (наркотических анальгетиков, нейролептиков, транквилизаторов), чревато усугублением тяжести состояния; исключение составляют комы с судорожным синдромом, при котором показан диазепам. Кома служит противопоказанием к применению средств со стимулирующим действием (психостимуляторов, дыхательных analeптиков); исключение составляет дыхательный analeптик бемеград, который (как специфический антидот) показан при отравлении барбитуратами. На догоспитальном этапе непозволительно проведение инсулинотерапии.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОТКРЫТОЙ ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТИ

Ш.М.Йулдашев, Б. С. Усманов, Н.И.Махмудов

**Ферганский медицинский институт общественного здоровья Ферганский филиал
РНЦЭМ**

Последнее десятилетие характеризуется широким внедрением современных информационных технологий в медицинскую практику. Внедрение электронных баз данных в медицинских учреждениях позволяет работать с широким контингентом больных и проводить углубленный клинический анализ.

В Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (ФФРНЦЭМП) с 2004 года было начато и осуществляется поэтапное внедрение компьютерных информационных технологий, программное обеспечение которых осуществляется системой “EXTERNET”. Реализация задач поставленных перед данной системой осуществляется, в частности путём создания: электронного носителя информации - электронной истории болезни (ЭЛИБ), программных терминалов или же автоматизированных рабочих мест (АРМ), через которые информация генерируется и используется.

В ЭЛИБ накапливается вся информация о больном, начиная с первичного осмотра, заканчивая выписным эпикризом. Она находится в удобной и доступной форме для оперативного пользования и хранения в электронном архиве.



АРМ - по сути, является заранее разработанной технологии эффективного, совокупного использования персонального компьютера и специализированного программного обеспечения. Последнее создается с учётом специфики профессиональных обязанностей сотрудника, который будет ей пользоваться. Типы, которых нами рассмотрены в отдельном сообщении. Таким образом, предназначения АРМ - это автоматизация, как всего лечебно-диагностического процесса в целом, так и функций каждого из его звеньев, обеспечение эффективного информационного обмена между различными составляющими процесса оказания неотложной помощи, и при качественной разработке может являться мощным инструментом поддержки принятия решений для различных категорий сотрудников.

В настоящем сообщении приводим структуру, содержание и технологию информационной и интеллектуальной поддержки врачу экстренной микрохирургии с помощью специально разработанного нами «АРМ-оперблок», основной целью которой является оптимизация оказания помощи больным с открытой травмой конечности путём использования достижений современных компьютерных технологий.

Для решения поставленной задачи разрабатывается текстовая и иллюстрационная информационная база «АРМ» для поддержки действия микрохирурга на этапе диагностики и оперативного вмешательства в виде алгоритмов действий и схем. Информация предоставляется АРМом в виде четко скомпонованных правил действия при оказании экстренной микрохирургической помощи больным как на этапе определения тяжести травмы, характера повреждений, выбора тактики оперативного вмешательства так и непосредственно во время самой операции. При разработке данных правил учитывается опыт лечения более 1200 больных с открытыми травмами конечностей, сопровождающихся повреждениями сосудов, нервов, сухожилий и дефектом тканей, прошедших через отделение сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП.

К примеру, имеется подозрение на травму сосудов верхней конечности на уровне плеча. Алгоритм предоставления информации при данном виде травм следующий.

Травма плечевого пояса и плеча;

Травма кровеносных сосудов на уровне плечевого пояса и плеча; Травма подмышечной артерии; Топография артерии; Клинические признаки повреждения; Методы восстановления; Внутри- и послеоперационные осложнения; Рекомендуемая медикаментозная терапия.

Топография подмышечной артерии в данном случае представлена в виде слайдов на различных срезах /сагиттального, фронтального и др./ и уровнях плеча /верхняя, средняя треть и т. д./. В разделе клинические признаки повреждения артерии даны подробные описания симптомов, характерных для данного вида травм в виде схем и слайдов. Для выбора оптимальных методов её восстановления врачу предоставлены наиболее приемлемые варианты хирургической тактики /лигирование, шов, аутовенозное протезирование или шунтирование артерии/ в каждом конкретном случае. В следующем разделе программа предупреждает о возможных внутри- и послеоперационных осложнениях, а также выдает рекомендуемую медикаментозную терапию. Подобная информация дается врачу при подозрении или наличии

повреждений определенных нервных стволов, сухожилий, дефектов тканей на различных уровнях конечностей.

Применение описанной информационной поддержки с использованием компьютерных технологий уменьшает надобность в поиске необходимой информации традиционным способом /монографии, журналы, статьи и т.д./ с определенной тратой времени или консультативную помощь более опытных коллег, которые зачастую бывают недоступны.

Учитывая тот факт, что открытые травмы конечностей нередко сопровождаются значительным разрушением тканей, серьезным нарушением их анатомии, предоставляемые АРМом-оперблок иллюстрированные материалы, играют важную роль во время оперативного вмешательства.

В заключение необходимо отметить, что достижения компьютерных технологий имеют большой потенциал, полноценное использование которого в практике неотложной медицинской помощи улучшает её качество на каждом этапе и способствует повышению квалификации врача.

ПРИЧИНЫ ПРИВОДЯЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ, ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Кодиров Ш.Н., Анварова Н.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель: исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с ятрогенным повреждением внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

Материал и методы: в отделение абдоминальной хирургии Областной Многопрофильной Медицинской Центр и отделение экстренной хирургии Жалалкудукской района за период 2017 по 2022 годы находился на лечение 36 больной со «свежими» ятрогенными повреждениями ВЖП во время выполнения ЛХЭ. Возраст пациентов составил от 19 до 80 лет. Из них мужчин 10(26,4 %) и женщин 26 (73,6 %). 3 больных переведены из других клиник через 5- 10 суток после повреждения с желчным перитонитом. Интерооперационная диагностика повреждений основывалась на появлении желчи в операционном поле; в послеоперационном периоде диагностика основывалась жалобы больного желтушности склеры, потемнение мочи, ахоличности кал, выделение желчи по дренажу, клинические признаки раздражения брюшины, симптомах механической желтухи, холангита. Для определения уровня повреждения применяли УЗИ, по показанием ЭРХПГ, фистулографию, КТ и МРХПГ.

Результаты. По характер повреждения желчных протоков больные распределились следующим образом: пристеночное повреждение 17; полное пересечение 11; клипирование гепатикохоледоха 5; частично коагуляционный некроз 3. В зависимости от сроков выявления травм желчных протоков больные разделены на 3 группы. Повреждения, обнаруженные во время операции 9 больных. В этой группе операции закончены следующим образом: 8 больным наложены первичный шов холедоха на дренаже; 2 случаях произведена наружные дренирование общей желчных проток. Повреждения выявлена на 4-9 сутки после операции 18 больных. В



этой группе 3 больным с различным желчным перитонитом и при тонкостеночном холедохе произведена наружное дренирование желчных путей по методи Вишневского. 6 больным при полном клипировании гепатикохоледоха произведена удаление клипс и наружное дренирование на Т - образном дренаже в одном случае и наложение гепатикоеюноанастомоза без дренажа-каркаса. У больной которой наложен Т-образный дренаж, отмечаются периодические атаки холангита. 8 больным на фоне диффузного желчного перитонита наложен гепатикоеюноанастомоз на изолированной по Ру петли с хорошими результатами.

1. Повреждения, обнаруженные после выписки из стационара, через 2-4 недель после операции 8 больных. В этой группе больные поступали с явлениями механической желтухи, наружного желчного свища. После подготовки, стабилизации состояния выполнены различные виды гепатикоеюноанастомоз по Ру петле.

Выводы: Наилучшие результаты получены при выполнении гепатикоеюностомии на изолированной по Ру петле тонкой кишки. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, больные выписаны на 8-12 сутки в удовлетворительном состоянии с нормальными показателями функции печени. Отдаленные результаты в течение 3-5 лет прослежены у 20 больных. Хорошие результаты получены у 12 больных, которым произведена гепатикоеюностомия без дренажа каркаса. Удовлетворительный результат отмечен у 5 пациентов, которых после удаления дренажей из желчных протоков беспокоит периодические боли в правом подреберье, атаки холангита. У 4 больных которым произведена первичная пластика холедоха, в течение 6 -15 месяцев развилось сужение гепатикохоледоха, что потребовало эндоскопическое стентирование.

Заключение. При пристеночных ранениях ВЖП, выявленных во время операции, можно выполнить ушивание и дренирование на Т - образном дренаже через культю пузырного протока. При полном пересечении холедоха - выполнение первичной пластики, что почти в 100% случаев приводит к стенозу. Операцией выбора является бескаркасный гепатикоеюноанастомоз, которой выполняется с прецизионной техники оперирования с применением монофилных шовных материалов.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кадилова М.М., Абидова Г. А.

Колледж общественного здравоохранения имени Абу Али ибн Сины .

Актуальность проблемы. Одним из самых известных и плохо поддающихся лечению заболеваний кожи у новорожденных, грудных детей, малышей дошкольного возраста и подростков является атопический дерматит (АД). Он представляет собой хроническое состояние, при котором на различных участках тела формируются очаги воспаления с сыпными элементами и покраснениями. Ребенка при таком типе патологии беспокоит зуд, жжение, ощущение жара в области высыпаний, раздражение. Диагностикой, оценкой симптомов, лечением и профилактикой



атопического дерматита у детей занимаются дерматологи при непосредственном участии аллергологов, инфекционистов и врачей других специальностей.

Цель исследования. Исследовать клинико-лабораторные показатели и состояние иммунологической реактивности, иммуномодулирующий и противорецидивный эффекты «Эдем» у детей с младенческой формой atopического дерматита. **Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением в период с 2022 по 2023 г. находилось 62 ребёнка (24 мальчика и 38 девочек) в возрасте 12-15 лет со среднетяжёлым течением atopического дерматита (АД). Первая группа больных atopическим дерматитом (31 пациент) получала комплексную общепринятую терапию, вторая группа больных atopическим дерматитом (31 пациент) – комплексное лечение в сочетании с «Эдем». У наблюдаемых детей подросткового возраста с atopическим дерматитом изучали данные анамнеза и общеклинические показатели, проводили клинико-лабораторные и иммунологические исследования. Обследование больных atopическим дерматитом и все лечебные мероприятия осуществляли с письменного согласия самих пациентов и их родителей.

Результаты исследования. В периоде клинической ремиссии у первой группы больных atopическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию констатировалось повышение уровней иммуноглобулина G ($p<0,001$), иммуноглобулина M ($p<0,001$), общего иммуноглобулина при отсутствии достоверных сдвигов уровня иммуноглобулина A в сыворотке крови. У больных atopическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с препаратом «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечалось повышение уровней иммуноглобулина G ($p<0,001$) и иммуноглобулина M ($p<0,02$) при отсутствии статистически достоверных изменений уровней иммуноглобулинов A и E, циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови. На основании результатов исследований можно сделать заключение о диагностической значимости изучения параметров иммунологической реактивности при тяжёлом течении atopического дерматита у детей раннего возраста и обосновать целесообразность включения «Эдем» в комплексное лечение больных. У больных младенческой формой atopического дерматита, получавших комплексное лечение в сочетании с «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечается нормализация большинства параметров иммунологической реактивности.

Выводы. Проведение больным младенческой формой atopического дерматита комплексного лечения в сочетании с двумя курсами «Эдем» с интервалом между ними в три месяца обеспечивает наступление полной клинической ремиссии, продолжительность которой превышает в семь раз продолжительность клинической ремиссии у больных младенческой формой atopического дерматита, получавших только комплексную общепринятую терапию.



ОПТИМИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТОМ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кадырова М.Н., Солиев М.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Работа ревматологов и терапевтов в поликлинике часто связана с остеоартритом. Мы поставили перед собой задачу – оценить целесообразность проведения диспансеризации у пациентов с этим заболеванием.

Материалы и методы исследования. Наше исследование включило анализ годовых отчетов ГУЗ «ГБ № 9» г. Андижан и амбулаторных карт 55 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет с диагнозом остеоартрита. Мы изучили их медицинскую документацию, рентгенограммы суставов и данные о лечении.

Результаты исследования. За три года количество обращений с диагнозом остеоартрита составило 3809, 4266 и 4192 соответственно. На диспансерном учете оказалось 637, 933 и 1006 пациентов. Всего за этот период было проведено 137 операций по эндопротезированию суставов. Анализ амбулаторных карт показал, что при первичном посещении врача 97% пациентов получали рекомендации по использованию НПВП, а симптоматические препараты замедленного действия (SYSADOA) назначались в 53% случаев, а при повторных визитах – в 87%. Мы также отметили снижение числа внутрисуставных пункций с увеличением назначений препаратов группы SYSADOA.

Вывод. Пациенты с остеоартритом требуют регулярного наблюдения со стороны ревматологов и терапевтов. Использование препаратов группы SYSADOA помогает снизить необходимость в стационарном лечении, улучшает качество жизни и может отложить необходимость в хирургическом вмешательстве.

ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

Камалова Д.А.

Международный медицинский университет Central Azian medical university/

Среднее профессиональное медицинское образование является динамичной структурой, которое с каждым годом предъявляет все новые требования не только к будущим специалистам, но и в первую очередь к уровню и качеству преподавания дисциплины. В век информационных технологий все более актуальным является внедрение в образовательный процесс новых подходов и технологий, которые соответствуют требованиям образовательных программ. При этом на первый план выходит не только их соответствие рабочим программам, а также их способность формировать профессиональные компетенции будущих специалистов.

Нынешняя модернизация образования, в основе которой лежит достаточное использование новых информационных технологий обучения не устраняет традиционных проблем, но сама специфика новой информационной среды и использование информационно-коммуникационных технологий способствует более



гибкому их решению. Важно обратить внимание на применение компьютерной техники и информационно-коммуникационных технологий в образовательном процессе, обеспечивающих многообразие форм представления информации на первом этапе ее восприятия, что конечно обеспечивает разностороннее представление об изучаемых объектах и процессах. Комплексное использование информационной среды формирует у студентов адекватное наглядное представление о структуре и содержании дисциплины: Анатомии и физиологии человека, а это обеспечивает не просто качественное усвоение знаний, но и становление опыта их применения.

Анатомия и физиология человека, как одна из общепрофессиональных дисциплин на первых курсах медицинских колледжей, изучение которой дает фундаментальные знания, необходима для понимания теоретических и клинических дисциплин. На практических занятиях по дисциплине анатомии и физиологии человека студент приобретает умения самостоятельно применять знания о строении и функциях органов и систем организма человека при оказании сестринской, акушерской и фельдшерской помощи.

Современный студент – это не просто современный человек, активно использующий интернет и обильные устройства, он резко отличается еще и мышлением, поиском информации, стремясь получить ее из современных источников, что, безусловно, необходимо учитывать в современно преподавании.

Преподаватель также должен отвечать требованиям современных студентов. Все это обеспечит рациональный образовательный процесс, усвоение материала предмета, и самое главное, желание студента получать дополнительные знания, в области технологии образовательного процесса и научной деятельности, что также является важной составляющей в подготовке специалиста со средним медицинским образованием. Это затрагивает информационное обеспечение, применение интеллектуально-логического метода в решении каждой поставленной задачи. Умение использовать компьютерные технологии весьма важно для будущего медицинского работника. Особое значение этот процесс приобретает в преподавании общепрофессиональных дисциплин. Представление ультраструктур и организации строения органов и систем невозможно представить без использования современных коммуникационных мультимедийных технологий, что способствует визуализации изучаемой темы.

Подробные комментарии по организации ультраструктур и структур органов и тканей для аудитории расширяют представление темы и обеспечивают наглядность, а доступность информации повышается, за счет трансляции единой картинки для всей аудитории. В этой связи, преподаватель вместе со студентами участвует в совместном обсуждении правильного ответа в предложенном мультимедийном варианте, что побуждает и заинтересовывает получать знания по дисциплине. Это отвечает базисным канонам преподавания классической анатомии и физиологии – демонстрация структуры и организации различных тканей, органов и систем организма человека.

Данная дисциплина, в которой конечная, она же и определяющая основа зависит от качества реальности и наглядности представляемой морфологической структуры, диктует свои требования к качеству представления студентам наглядным мультимедийным компонентам в образовательном процессе.



Хотелось бы отметить, что демонстрация новых мультимедийных презентаций производится за счет самостоятельной работы студентов, используя помощь междисциплинарных взаимодействий с дисциплиной: Информатика. Представленная методика решает массу важных задач, предъявляемых современным образованием – высокая наглядность, которая достигается трехмерным изображением, это приближает изучаемые объекты к реальным. Активное использование анимации, на основе реальных снимков структур, привело к моделированию и воспроизведению различных морфологических процессов, что обеспечивает лучшее усвоение материала. Происходит целостное понимание не только самой дисциплины, но и четкое представление междисциплинарных связей.

Принципы наглядности и междисциплинарные связи – важные компоненты, необходимые для успеха в усвоении дисциплины. Стоит избегать формирования шаблонного, стереотипного мышления, безынициативности будущего специалиста. Расширение представлений о изучаемых проблемах в рамках предмета, использование современных технологий – все это формирует понимание неразрывности в изучении всех дисциплин в медицинском колледже.

Информатизация общества и образования – неразрывные компоненты. Постоянное пополнение знаний, эффективное их усвоение, интеграция их на практику возможности при использовании коммуникационных мультимедийных технологий в среднем медицинском образовании.

Поэтому, обсуждая особенности использования данных технологий, необходимо не забывать ни о предметном обучении, ни о роли преподавателя, обязательной самостоятельной работе студента. Бесспорно, применение мультимедиа на практических занятиях является серьезным потенциалом организации учебной деятельности, за счет доли информации в визуальном аспекте, открывают новые возможности подачи учебного материала, позволяя расширить возможности организации образовательного процесса, с большим потенциалом реализовать возможности перспективных методических разработок, которые приобретают новое значение при применении коммуникационных мультимедийных технологий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕНЕНИЯ СВОДА И ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ФАКИЧНЫХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

Х.М. Камилов, Н.Н. Зайнутдинов

**Кафедра офтальмологии ЦРПКМР, (Центр развития профессиональной
квалификации медицинских работников). Глазная клиника “NAZAR**

Актуальность: В настоящее время сложные аномалии рефракции являются ведущей патологией органа зрения у населения активного возраста. Один из видов аномалий рефракции эта миопия высокой степени также может привести к серьезным необратимым изменениям органа зрения, значительному снижению или утрате зрительной функции.



Цель исследования: Оценка изменения свода и уровня внутриглазного давления (ВГД) после имплантации факичной интраокулярных линз (ИОЛ) модели ICL V5 у больных с высокой степенью миопии.

Материал и методы: Оценка изменения свода и внутриглазного давления после имплантации ФИОЛ сферической модели ICL (VICM5) V5 было проведено у 60 больных. Пациенты находились под наблюдением не менее 24 месяцев в течение которых, наблюдалась рефракция; Измерялись некорригированная острота зрения (НКОЗ), внутриглазное давление (ВГД), пространства между линзой и передней поверхностью естественного хрусталика (свод).

Результаты: Все операции были выполнены без осложнений. Индексы безопасности и эффективности составили 1,43 и 1,34 соответственно. Ни в одном глазу не наблюдалось снижения НКОЗ, а НКОЗ была равна или лучше, чем дооперационная НКОЗ в 97 глазах (86%) с миопией высокой степени. Средний предоперационный манифестный сферический эквивалент (МСЭ) составлял -10,59±3,4 дптр, а послеоперационные показатели рефракции снижались до -0,5±0,75 дптр соответственно. В дальнейшем 89% находились в пределах ±0,5 дптр. В течение 24-месячного наблюдения среднее послеоперационное ВГД составило 15,86±3,30 мм рт. ст. В послеоперационном периоде, а также через 1 месяца после имплантации ICL и в течение последних 24 месяцев наблюдения, средние значения свода составили 469,3±134,4 мкм и 432,6±124,5 мкм соответственно ($p < 0,001$).

Заключение: Имплантация модели Visian ICL V5 является безопасным, эффективным и альтернативным методом рефракционной хирургии для коррекции миопии высокой степени.

АРТРИТЫ У ОБОЖЖЕННЫХ.

Карабаев Д. Ш., Шакиров Б.М., Хакимов Э.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,

Самаркандский государственный медицинский Университет

Введение: Несмотря на достигнутые успехи за последние 25 лет в лечении тяжёлых больных с ожогами, проблема термических поражений продолжает оставаться одним из сложных разделов в клинической медицине. Наиболее тяжёлым видом этой патологии являются гнойные воспаления суставов.

Цель исследования разработка и оценка эффективности лечения больных с гнойными воспалениями суставов нижних конечностей.

Материал и методы: Нами прослежено клиническое течение 56 гнойных воспалений суставов у 39 пострадавших, из которых у 28 были моноартриты. У 8 больных наблюдались воспаления двух суставов, у 3-х – суставов. У всех наших больных с множественными поражениями суставов наблюдались септицемия.

Результаты и обсуждение: Результаты наших бактериологических исследований была выделена у 17 суставов была выделена монокультура. Возбудителем воспаления 10 суставов явились смешанная бактериальная флора, у 12 суставов выявлено staphylococcus aureus. К первичным относят артриты, при которых инфицирования происходит вследствие прободения суставной капсулы, которые может возникнуть при непосредственном действии термического агента в момент травмы. При вторичных артритах воспаления развивается в суставе с неповреждённой



артикулярной сумкой. При пальпации определяется повышение температуры и резкая болезненность от надавливания. Отмечается краснота и отечность кожи. Если гнойный процесс поражает фасции, окружающие сустав и мышцы, появляется припухлость мягких тканей. Общее состояние нередко бывает очень тяжелым, наблюдается желтушность кожных покровов, высокая интермиттирующая лихорадка с ознобами, бредом. Исходя из характера повреждения, клинического течения и хирургической тактики, все поражения суставов можно разделить на ранние и поздние. Активное хирургическое лечение артритов предпринято нами у 34 больных. Выбор метода оперативного лечения артритов у обожженных определяется общим состоянием больного, характером патологических изменений в суставе и распространённостью глубоких ожогов на соответствующей конечности. Оперативное лечение больных с гнойными артритами необходимо сочетать с мероприятиями, направленными на повышение общей сопротивляемости организма. Первостепенное значение имеет усиление трансфузионной и антибактериальной терапии.

Вывод: Гнойные воспаления суставов с обширными ожогами IIБ-IV степени явились нередким осложнением тяжёлой термической травмы. Выбор метода оперативного лечения артритов у обожжённых определяется общим состоянием больного, характером патологических изменений в суставе и распространённостью глубоких ожогов на соответствующей конечности.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

**Карakov К.Г., Хачатурян Э.Э., Узденова Р.Н., Хачатурян А.Э.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Актуальность исследования. Верхушечные периодонтиты в стоматологической практике по распространенности занимают третье место после кариеса зубов и заболеваний пульпы. Зубы, которые имеют воспалительные изменения на верхушке корня, являются очагами хронической инфекции. Этим обусловлено значительное внимание, уделяемое данному заболеванию. На сегодняшний день первое место в этиологии верхушечного периодонтита занимает микробная флора. В корневом канале она представлена бактериями различных родов и семейств, самыми распространенными среди которых считаются стафилококки и стрептококки. Микроорганизмы присутствуют на всем протяжении корневого канала, в том числе в латеральных ответвлениях, анастомозах и в дентинных канальцах в глубине примерно до 250 микрон со стороны полости зуба. Благодаря сложной анатомии корневых каналов образуется благоприятная среда для дальнейшего роста и размножения бактерий так, что они могут присутствовать в системе корневых каналов даже после эндодонтического лечения.

Целью данного исследования является определение эффективности комплексного лечения хронического апикального периодонтита с использованием

фотодинамической антибактериальной системы в одно посещение в сравнении с использованием кальцийсодержащих препаратов.

Материал и методы исследования. Были обследованы и пролечены 90 корневых каналов у 66 пациентов с диагнозом хронический апикальный периодонтит. Диагноз был поставлен на основании жалоб пациентов, клинических и инструментальных обследований, данных рентгеновских снимков. Обследуемые пациенты были в возрасте от 18 до 60 лет, общее состояние здоровья – хорошее. Исключались из исследования беременные и кормящие женщины, пациенты, которые проходили фототерапию. Перед началом исследования проводилась прицельная рентгенография каждого исследуемого зуба для определения предположительной длины канала и его анатомии. После определения рабочей длины с помощью апекслокатора в корневых каналах была проведена инструментальная обработка техникой crowdown. Медикаментозная обработка проводилась 3% раствором гипохлорита натрия (более 20 мл), раствор применялся комнатной температуры при помощи эндодонтического шприца и иглы. Далее канал тщательно промывался дистиллированной водой для вымывания из канала антисептика.

Пациенты были разделены поровну на две группы. В корневых каналах пациентов из первой группы дезинфекция проводилась фотодинамической терапией. На рабочую длину в корневой канал вводили раствор Helbo Endo Blue с использованием стерильной эндодонтической иглы. Введенный в канал раствор перемешивался при помощи ручного инструмента, который был на два размера меньше диаметра верхушки. После чего проводилась активация лучом лазера в течении 120 секунд, введенным в корневой канал эндодонтическим излучателем. Далее канал obturировался гуттаперчевыми штифтами и силером, зуб восстанавливался фотокомпозитным материалом. У пациентов 2 группы после инструментальной и медикаментозной обработки корневые каналы пломбировали временным материалом Calasept (Швеция) на основе гидроксида кальция, и зуб восстанавливали временным стеклоиномерным цементом Vitremer (3M ESPE). После 2-х недель временную пломбу снимали и запломбировывали корневые каналы методом латеральной конденсации, зуб восстанавливали фотокомпозитным материалом.

Результаты исследования. Оценка результатов проведенного лечения была проведена в сроки 1-14 дней, 6 и 12 месяцев после окончательного пломбирования корневых каналов.

Стоит подчеркнуть, что положительная динамика в короткий срок отмечалось в 93,9% случаев у пациентов 1-й группы и в 72,7% - у пациентов 2-й группы. Осложнения возникли у пациентов 1-й группы в 6,1% случаев. Во 2-й группе в 27,3% случаев, что почти в 4,5 раз больше, чем в 1-й группе. При сравнении 2-х методов лечения спустя 6 месяцев наблюдалось клиническое благополучие у пациентов 1-й группы в 96,9% и во 2-й группе в 81,8% случаев. Процент возникших осложнений составил у пациентов 1-й группы 3,1% и во 2-й группе - 18,2%. Из чего следует, что осложнения отмечались у пациентов 2-й группы почти в 6 раз чаще, чем в 1-й группе. При сравнении двух методов проведенного лечения через 12 месяцев клиническое благополучие отмечалось у пациентов 1-й группы в 100% случаев, у пациентов 2-й

группы – в 90,9% случаев. Осложнения возникли в этот срок у 9,1% пациентов 2-й группы.

Через 6 месяцев после лечения заживление очага деструкции в костной ткани отмечалось в 51,5% случаев у больных 1-й группы и в 33,3% случаев – во 2-й группе. Частичное заживление костной ткани наблюдалось в 45,4% случаев у пациентов 1-й группы и в 60,6% случаев 2-й группы. Отсутствие изменений рентгенологических показателей наблюдалось у больных 1-й группы в 3,03% случаев и у 6,06% пациентов из 2-й группы. Следует подчеркнуть, что у одного больного из 2-й группы отмечалось увеличение очага деструкции, что составило 3,03%. Пациент был направлен на операцию резекции верхушки корня.

Полное заживление очага в костной ткани наблюдалось в 84,8% случаев у пациентов 1-й группы и в 66,6% случаев у пациентов 2-й группы. Частичное заживление очага костной ткани наблюдалось у 18,1% и 15,1% случаев у 1-й и 2-й группы. У одного пациента из 2-й группы (3,03%), находящегося на данный момент на диспансерном учете, изменений рентгенологических показателей не последовало.

Вывод. Оценивая результаты исследования, можно сделать вывод, что использование антибактериальной фотодинамической терапии привело к уменьшению числа случаев, которые сопровождаются болевыми ощущениями после лечения хронического периодонтита в одно посещение, в сравнении с данными у пациентов, где применялся кальцийсодержащий препарат Calasept. Использование излучения лазером во время подготовки корневого канала к obturации при лечении хронических форм периодонтита позволило уменьшить число осложнений почти в 1,5 раза и увеличивать процесс заживления очага разрежения. Применение лазерного излучения во время проведения эндодонтического лечения уменьшает количество приемов и позволяет закончить лечение в одно посещение.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ПРОВЕДЕНИЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

**Каримов А.А.1, Маматов Б.Ю.2, Исмаилов О.А.3, Махмудов А.Р.4,
Ахмедов М.Х.5**

**Заведующей отделение нейрореанимации Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи Андижанский филиал1 Доцент кафедры
анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ2
Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной
медицинской помощи, АГМИ3 анестезиолог-реаниматолог в отделение
нейрореанимации Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи Андижанский филиал 3,4,5**

Актуальность. Для предупреждения болевого синдрома после эндопротезирования коленного сустава (ЭПКС) используются различные методики аналгезии. В настоящее время в клинической практике набирает популярность методика с применением высокообъемной местной инфильтрационной анестезии (ВМИА) с последующей внутрисуставной инфузией анестетика.



Цель и задачи. Целью нашего исследования явилось оценка качества послеоперационной аналгезии и особенности ранней реабилитации после ТЭКС у пациентов на фоне применения ВМИА в отделение нейрореанимации РНЦЭМП АФ.

Материалы и методы. В исследование включены данные о 52 пациентах в возрасте от 42 до 72 лет, которым по поводу гонартроза 3-й степени в период с 2018 г. по 2022 г. было выполнено первичное ТЭКС. Пациенты были рандомизированы в 3 группы: в 1-й группе (n=34) использовали мультимодальную аналгезию (ММА), во 2-й группе (n=35) - эпидуральную аналгезию (ЭА), в 3-й группе (n=33) - ВМИА с последующей внутрисуставной инфузией местного анестетика. В послеоперационном периоде анализировались длительность периода послеоперационной гипотонии, уровень болевого синдрома по ВАШ, сроки первой вертикализации после операции, динамика увеличения объема движений в оперированном суставе на тренажере на 2-е и 5-е сутки после операции, способность к самостоятельной ходьбе с дополнительной опорой на расстояние 50-100 метров, а также сроки возможного перевода пациентов на второй этап реабилитации.

Результаты исследования. Длительность периода послеоперационной гипотонии в группе с применением ЭА достигала 24-48 часов, тогда как в двух других группах длительность послеоперационной гипотонии не превышала 4-8 часов. Уровень болевого синдрома был выше в группе ММА по сравнению с двумя другими группами, между которыми достоверной разницы не установлено. В группе пациентов с применением ВМИА время до первой вертикализации после операции было меньше по сравнению с группами больных, которым применялись ЭА и ММА ($p=0,0000$). Анализ параметров объема движений в оперированном суставе на вторые сутки после операции не выявил статистически значимых различий между 19 группами ($p=0,1007$), что свидетельствовало об удовлетворительном уровне послеоперационной аналгезии в группе с применением ВМИА, сопоставимом с традиционными методиками. Анализ параметров объема движений в прооперированном суставе на пятые сутки после операции не выявил статистически значимых различий между группами ($p=0,2043$). При оценке сроков освоения ходьбы на 50-100 метров в раннем послеоперационном периоде была отмечена статистически значимая разница между группами ($p=0,0122$). Пациенты на фоне применения ВМИА были способны к самостоятельной ходьбе с дополнительной опорой на расстояние 50-100 метров раньше пациентов из двух других групп, что в конечном итоге приводило к увеличению дистанции ходьбы, освоенной в раннем послеоперационном периоде к моменту выписки из стационара. Так же были определены сроки возможной выписки пациентов из хирургического стационара и перевода в многопрофильное лечебное учреждение для проведения второго этапа реабилитации. Пациенты из группы ВМИА уже на 4-5 сутки после операции могли быть переведены на второй этап реабилитации, тогда как из групп ММА и ЭА только на 7-8 сутки.

Заключение. Применение ВМИА обеспечивает достаточный уровень послеоперационной аналгезии, позволяющий успешно проводить мероприятия по ранней реабилитации пациентов после операции тотального эндопротезирования коленного сустава. Ранняя активизация пациента позволяет добиться большего объема движений в оперированном суставе и освоить ходьбу на большие расстояния. Это положительно влияет на качество жизни пациента и дает возможность сократить



сроки пребывания пациента в стационаре и подготовить его к следующим этапам реабилитации.

ПОКАЗАТЕЛЬ НЭК И ПРИЧИНЫ ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Научный руководитель: Каримова Зевара Хаджибаевна

Работу выполнил: Баходиров Сардор Баходир угли

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: За последние годы НЭК является самым серьезным заболеванием ЖКТ до 5% всех новорожденных. По нашим данным в Сурхандаринской области заболеваемость НЭК в 2018 году составила около – 1,7/1000 новорожденных (2017 – 2,4/1000, 2016 – 2,2/1000 новорожденных). Таким образом, актуальность проблемы НЭК определяется высокой частотой этой патологии, сохраняющейся высокой летальностью, отсутствием единого представления о его профилактике, ранней диагностике, обеспечивающей выбор адекватных методов лечения.

Цель исследования: изучить показатель НЭК у новорожденных за 2018-2024 гг. Выделить группу риска по летальному исходу по результатам лечения данной группы новорожденных.

Материалы и методы исследования: Изучены исходы лечения 24 новорожденных с НЭК за 2018 по 2024 г. В 88,6% диагностика была проведена на ранних стадиях. У 8 детей из этой группы, получавших консервативное лечение, не удалось избежать прогрессирования заболевания и хирургического лечения. Всего оперировано 14 ребенка. Общая летальность составила 16,6%. У одного из выживших детей в группе оперированных, возникли осложнения в виде поствоспалительного рубцового стеноза наиболее поврежденного сегмента толстой кишки, потребовавшей реконструкции кишечника.

В группе новорожденных, требующих хирургического вмешательства, риск летального исхода существенно выше. Даже при значительном улучшении интенсивной терапии и общей выживаемости новорожденных, этот показатель остается стабильным. НЭК также сопровождается множеством негативных последствий, как самостоятельных, так и в результате проводимых лечебных процедур.

Материалы и методы исследования: За 2018-2024 гг. на клинических базах ТТАТФ было пролечено 22 новорожденных с НЭК (максимальный вес – 4670 г., минимальный – 610 г.). Причем, детей с массой тела менее 1 кг было 1 (4,5%), а в интервале 1-2,5 кг. – 10 (45,4%). Из них мальчиков и девочек – приблизительно поровну. Новорожденные со сроком гестации 26-36 нед. составили 12 (54,5%). У 1 новорожденного (4,5%) оценка по шкале Апгар была менее 3 баллов, 3-5 баллов – у 6 (22,3%), 5-7 баллов 9 (41%), выше 7 баллов – 2 (9,1%).

Этап заболевания был определен на основе клинических проявлений в соответствии с классификатором Уолша и Клигмана [3]. Диагноз заболевания был первоначально поставлен на обратимой стадии у 19 новорожденных (86,4%). В других случаях дети были доставлены в стационар на этапах "хирургического" неонатального экстракорпорального кровообращения.

Среди фоновой патологии наиболее часто присутствовали: анемия (59,1%), церебральная ишемия (90,1%), сепсис (31,8%), реализованная внутриутробная инфекция (63,6%), врожденные пороки сердца (9,1%), персистирующий фетальный кровоток (40,1%).

Все новорожденные с НЭК разделены на две группы (А и Б). В группу А вошли 203 детей (88,6%) с первичной диагностикой НЭК на ранних стадиях.

В группу Б вошли 3 детей (13,6%) с первичной диагностикой НЭК на поздних стадиях.

Для исследования было отобрано 10 здоровых новорожденных в контрольной группе, которые были случайным образом поделены по полу, весу и возрасту. В течение первых 10 суток после забора крови для общих тестов менее 0,5 мл использовалось для подготовки взвеси эритроцитов для последующего анализа. Основную группу составило 24 новорожденных с неонатальной желтухой. Методика исследования основана на фотометрической регистрации процесса гемолиза эритроцитов.

Результаты и их обсуждение показывают, что из всех детей с неспецифическим энтероколитом, включенных в группу А, в течение 3-7 суток симптомы заболевания были устранены у 86,4% детей. У 2 детей консервативное лечение не привело к ожидаемому результату, и заболевание продолжилось до стадии, требующей хирургического вмешательства.

Общая хирургическая активность при выборе тактики у новорожденных с НЭК составила 9,1%.

Выполнялись следующие виды вмешательств:

- первичная дистальная двойная разобщенная илеостомия (ПДИ);
- первичный перитонеальный дренаж (ППД);

Выводы:

1. По результатам исследования наиболее частыми причинами НЭК оказалось недоношенность и гипоксия.

2. Диагностика нефропатий экстремально важна на ранних этапах, так как отсрочка выявления этих заболеваний до поздних стадий значительно увеличивает риск летального исхода. Кроме того, вероятность смертности практически удваивается после операции у новорожденных, у которых НЭК была обнаружена на поздних стадиях.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

**Научный руководитель: Каримова Зевара Хаджибаевна Работу выполнил:
Нурбоев Нурбой**

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Эхинококкоз является одним из серьезных паразитарных эндемических заболеваний и остается значительной проблемой в области здравоохранения и социального обеспечения в некоторых странах мира, включая Республику Узбекистан. Исследования показывают, что количество заболевших этим

заболеванием в стране составляет 6—9 человек на 100 000 населения ежегодно, при этом до 2 тысяч человек нуждаются в хирургическом лечении, и более четверти из них сталкиваются с осложнениями.

Долгосрочные результаты лечения эхинококкоза были изучены у 100 из 120 детей (83,3%), в возрасте от 6 месяцев до 10 лет, в период с 2013 по 2024 год. Большинство пациентов (88,8%) были оценены на отдаленные результаты после операции, в течение 3-10 лет.

Для оценки результатов лечения эхинококкоза в отдаленном периоде, помимо жалоб и результатов осмотра, у всех 120 детей были проведены анализы кислотности желудочного сока, оценка иммунологического статуса, УЗИ брюшной полости и рентгенография грудной клетки в прямой проекции, с возможностью повторного проведения исследований при необходимости.

Полученные результаты исследования кислотности желудочного сока у 120 пациентов катамнестической группы ясно демонстрируют, что даже в долгосрочной перспективе после операции уровни как базальной, так и стимулированной кислотности желудочного сока значительно ниже по сравнению с нормой. Согласно данным исследования, среди исследованных детей нормальные уровни кислотности отмечены у 30 (25%) пациентов, в то время как у 80 (66,7%) пациентов наблюдается гипоацидное состояние желудочной секреции.

При физикальном обследовании пациентов оценивались те же результаты анализов, что и в предоперационном периоде. Пациенты были разделены на две группы: с нормальной кислотностью желудочного сока и с пониженной кислотностью. В обеих группах содержание в крови Т-лимфоцитов и Т-хелперов было снижено по сравнению с нормой, при этом выявлено повышение Т-супрессоров, IgA, IgM, IgG и ЦИК.

При проведении ультразвукового и рентгенологического обследования выявлено наличие эхинококкоза у 15 пациентов (12,5%): эхинококкоз печени диагностирован у 10 человек (8,33%), эхинококкоз легких у 5 пациентов (4,2%), а поражение легких и печени одновременно у 5 больных (4,2%). Результаты отдаленного лечения пациентов с эхинококкозом оценили как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Те, у кого не было послеоперационных жалоб, общее физическое состояние соответствовало возрасту и не было признаков спаечного процесса, считались имеющими хороший отдаленный исход. При этом объективный осмотр не выявил вздутия живота, послеоперационный рубец не прилегал к окружающим тканям, не возвышался над поверхностью кожи, был мягким и безболезненным при пальпации, печень и другие паренхиматозные органы не были увеличены. Ультрасонография брюшной полости не выявила признаков эхинококкоза в печени, селезенке, почках и брюшной полости, а рентгенография не выявила патологии. Рецидивов не было.

Неудовлетворительными считались результаты, когда пациенты отставали в физическом развитии от сверстников и предъявляли жалобы на кашель, одышку, быструю утомляемость, на боли животе, сопровождающиеся тошнотой, иногда рвотой, вздутием живота вследствие затрудненного отхождения газов. Также обращалось внимание на грубые послеоперационные рубцы, спаянные с подлежащими тканями, возвышающиеся над поверхностью кожи и деформирующие



переднюю брюшную стенку. Также обращали внимание на увеличение печени, наличие гнойных или желчных свищей и т. д. При ультразвуковом и рентгенологическом исследованиях выявлялись рецидивы, эхинококкоз другой локализации, остаточные полости.

Так, хорошие результаты у детей с нормоацидным состоянием кислотности желудка были получены в 68% случаях, а у больных с гипоацидностью — у 59% детей. Удовлетворительных результатов в группе детей с нормальной кислотообразующей функцией желудка отмечалось у 6 (24%) обследованных. У детей с гипоацидным состоянием желудочной секреции неудовлетворительные результаты выявлены в 21 (25,3%) случае. Число неудовлетворительных результатов в группе детей с нормальной кислотностью желудочного сока было значительно меньше — 2 (8%), чем у больных с нарушенной кислотообразующей функцией желудка — 13 (15,7%).

Таким образом, исходя из полученных данных при обнаружении пониженной кислотности желудочного сока, на наш взгляд, целесообразно проводить коррекцию кислотообразующей функции желудка.

МУЛЬТИСИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Каримсакова Б.К.1, Бисенкулова А.2, Ахмадеева Л.Р.3 1

Некоммерческое акционерное общество Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, город Актобе, Республика Казахстан.

Кафедра общей врачебной практики №1 2Некоммерческое акционерное общество Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, город Актобе, Республика Казахстан. 5 курс факультет «Общая медицина» 3ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Кафедра неврологии

Актуальность. Острые респираторные инфекции являются одними из самых распространенных заболеваний в мире. До 95% респираторных инфекций имеют вирусную природу (ОРВИ). К группе повышенного риска относятся дети, пожилые люди и беременные женщины. По данным разных авторов, острая респираторная вирусная инфекция встречается у беременных с частотой от 55 до 82%. Заражение происходит от больных людей. Основной путь передачи вируса — воздушно-капельный, но возможно и заражение через предметы домашнего обихода (посуда, полотенца, игрушки и т. д.), а также при попадании капель слюны больного при кашле, чихании. Инкубационный период занимает в среднем от 2 до 7 дней. Вирус попадает на слизистые верхних дыхательных путей с потоком воздуха, внедряется в эпителий и выделяется эндотоксин, который вызывает интоксикацию — отравление организма. Неадекватная оценка состояния организма беременной при ОРВИ приводила к случаям летального исхода от ОРВИ среди беременных.

Цель исследования: изучить клинические проявления ОРВИ среди беременных в современных условиях

Материалы и методы: в исследование включены 105 беременных женщин, состоявших на диспансерном учете в городской поликлинике № 5 г. Актобе методом случайного отбора. Всем беременным проведено обследование согласно клиническому протоколу и приказу 92 от 26.08.2021г. Получено добровольное информированное согласие на участие в данном исследовании.

Результаты исследования. Средний возраст в обследованной когорте составил $25 \pm 1,2$ лет. Первобеременные женщины составили 14,2% от нашей выборки, повторнобеременные - 47,6%, многорожавших в нашем исследовании было 38,2%. Число заболевших острой респираторной вирусной инфекцией составило 36,1% то есть более чем каждая третья женщина. Случаи ОРВИ чаще наблюдалась в первом и во втором триместре беременности, но наиболее часто - во втором триместре. В нашем наблюдении 52,6% заболевших острой респираторной вирусной инфекцией получили стационарное лечение в инфекционной больнице. Беременные, находившиеся на стационарном лечении по поводу острой респираторной вирусной инфекции, при сборе анамнеза заболевания отметили, что в начале заболевания у них начиналось с недомогания, насморка, кашля, затем (в течение 24 часов от момента манифестации заболевания) наблюдалось резкое повышение температуры до 39 градусов, которое приводило к резкому ухудшению состояния беременной, проявляясь в виде резкой слабости, головокружения, отсутствия аппетита. Возможно, данное состояние было вызвано выработкой большого количества эндотоксина, что приводило к быстрому развитию интоксикации организма.

Закключение: на основании результатов данного клинического обсервационного исследования можно предположить, что в современных условиях клиническая картина острой респираторной вирусной инфекции у беременных проявляется с резким повышением температуры тела и с быстрым развитием клинической картины интоксикации организма.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ

Касимова Г.Ю.

Central Azian medical university,

Международный медицинский университет

С исторических времен человека окружал богатый и разнообразный мир растений. Сведения об их целебных свойствах находят в памятниках древнейшей культуры — санскритской, европейской, китайской, греческой, латинской. Записи о применении растений с лечебными целями были известны древним египтянам, таджикам, римлянам. В медицине древнего Китая находятся упоминания о заболеваниях человека и лечения травами. Первая китайская книга была написана в 2600 году до н. э. Известный врач того времени Ли Ши-чжень в труде «Основы фармакологии» дал подробную характеристику более 1500 средств из лекарственных растений.

В давние времена, когда еще не существовало современной медицины, люди использовали различные растения для лечения своих болезней. Растительный мир



подарил человеку огромное богатство — лекарственные растения, которые всегда были источником жизни, пищи и здоровья. Лечение целебными травами сопровождало человечество с рождения. А также являясь важным компонентом биосферы, лекарственные растения обеспечивают нормальный биологический круговорот веществ, играют заметную роль в поддержании экологического равновесия, оказывают влияние на формирование климата, почвообразование. Они фильтруют воздух, поглощают часть вредных веществ, выделяют фитонциды, убивающие болезнетворные микроорганизмы.

В древней Индии медицина имела религиозно-кастовый характер. Древнейшие врачи использовали около 750 лекарств, большинство из которых были растительного происхождения. Научная медицина начинает свое развитие по лекарственным растениям со времен древнегреческого врача Гиппократ (460–377 гг. до н. э.), когда было описано более 200 видов растений, признанных древнегреческой медициной в качестве лечебных средств. В середине первого столетия н. э. римский врач Диоскорид составил обширный травник лекарственных растений, включающий около 500 видов. Автором нового учения о лекарственных растениях был знаменитый врач и фармацевт того времени Клавдий Гален (131–210 гг. н. э.). Им написано около 200 трудов по медицине. Клавдий Гален был одним из инициаторов стандартной технологии получения лечебных препаратов (настойки, экстракты и другие лекарственные формы) из растительного сырья. Сейчас их называют галеновыми препаратами и в наше время они также имеют большое практическое значение для медицины. В древней Руси использованию лекарственных растений уделялось большое внимание, что нашло отражение в памятнике древнерусской культуры «Изборник Великого князя Святослава Ярославовича».

Роль лекарственных растений в жизни человека достаточно велика. В древних рукописях говорится, что еще в Древнем Египте и Древнем Китае активно использовали для лечения травы и растения. Знания про их целебные свойства передавались из поколения в поколения. Тысячелетний опыт лечения травами стал основой народной медицины.

Первое из известных сочинений о лекарственных растениях принадлежит выдающемуся врачу Древней Греции Гиппократу, который жил до нашей эры. Он описал более 200 видов растений, применявшихся в медицине его времени, Великий ученый, философ и врач Абу Али ибн Сино с практической точки зрения доказал эффективность использования в медицине лекарственных растений. Его уникальные произведения признаны мировыми учеными, используются и по сей день.

Человек является биологическим существом, и роль лекарственных растений в жизни человека имеет положительный результат. Люди всегда обращаются к народной медицине, которая приносит им определенные плоды. В настоящее время лекарственными называют растения, которые применяются для лечения и профилактики различных заболеваний людей, животных, или же употребляются в качестве сырья для производства лекарственных, лечебно-косметических средств, биологически активных добавок (БАД), а также для улучшения среды обитания.

Растения, используемые в лечебных целях, содержат глюкозиды; дубильные вещества; слизи; углеводы; жиры; белки; эфирные масла; горечи; алкалоиды; сапонины; смолы; красящие вещества; ферменты; микроэлементы; витамины;

фитонциды и т.д. Эти вещества в совокупности и отвечают за лечебные свойства того или иного растения. Благодаря тому, что в каждом растении содержится целый состав различных веществ, каждое лекарственное растение может использоваться при лечении не одного единственного, заболевания, а целого ряда разных заболеваний.

Растения, ранее используемые только в народной медицине, на сегодняшний день получили широкое применение и в официальной медицинской практике. Значение природных продуктов в современной медицине обсуждается в ряде обзоров и статей в последнее время. При лечении и профилактике любых заболеваний связанных с нарушениями функций различных систем организма дополнительно к синтетическим препаратам используется большое количество разнообразных лекарственных форм растительного происхождения.

Терапевтическое действие фитопрепаратов зависит от их химического состава. Растения содержат множество биологически активных веществ, влияющих на состояние клеток, тканей и всего организма в целом. К такой группе биоактивных соединений относятся полифенолы, которые являются одними из многочисленных вторичных метаболитов растений и составляют неотъемлемую часть рациона человека. Полифенолы или флавоноиды широко распространены в растительном мире, так как выполняют различные биологические функции в организме растений. Они участвуют в процессах дыхания, размножения и роста, в окислительно-восстановительных процессах, а также выполняют функцию индуктора при взаимодействии клеток растений с микроорганизмами, предохраняют от вредного воздействия УФ-лучей, нейтрализуя избыток свободных радикалов.

В зависимости от химической природы лекарственные растения могут проявлять тонизирующее, возбуждающее, успокаивающее, болеутоляющее, отхаркивающее, рвотное, слабительное, закрепляющее, мочегонное, ранозаживляющее, противомикробное, противоглистное и др.

Лекарственные растения широко применяются при различных заболеваниях людей, как в научной, так и народной медицине. Некоторые виды растений введены в культуру. Их выращивают на плантациях в специальных хозяйствах, но большая часть их являются дикорастущими.

Около половины всех лекарств готовят из растений. 70 % сердечных препаратов делается на основе лекарственных растений.

Лекарственные растения широко применяются в медицине, поскольку представляют собой комплекс, богатый на активно действующие вещества. Это микроэлементы и эфирные масла, метаболиты и хлорофиллы, протеины, соли и витамины разных групп. Подобный состав очень похож на те элементы, которые встречаются в организме человека. В связи с этим лекарственные растения хорошо воспринимаются организмом и помогают восстанавливать силы, осуществляют оздоровительный эффект.

Таким образом, лекарственные растения всегда играли и в дальнейшем будут играть огромную роль в жизни людей. Она так же, как и раньше, будут приносить не только духовное удовлетворение от их созерцания, очищать воздух и насыщать его приятными ароматами, но и помогать людям в борьбе с различными недугами и болезнями. Главное, знать их лечебные свойства и уметь их применять во благо своему здоровью.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ У КРЫС С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ И НОВЫХ МЕТОДОВ

Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Солиев М.Б.,
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Оценить эффективности результатов лечения гнойно-некротического процесса у крыс на экспериментальной модели СД.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены в лаборатории экспериментальной хирургии ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова» на белых беспородных крысах обоего пола весом 230-280гр. Операции выполнялись под общей анестезией согласно требованиям о гуманном обращении с экспериментальными животными (Страссбург, 1986).

Для формирования экспериментальной модели флегмоны мягких тканей у крыс первично воспроизводилась модель развития СД. С этой целью применялся способ формирования экспериментальной модели СД. В качестве фармакологического агента применен препарат Аллоксан. Способ и дозировки введения аллоксана по предложенному методу: введение раствора аллоксан-тетрагидрата внутрибрюшинного в дозе 170 мг на 1 кг массы тела. Аллоксан вводили после суточного голодания.

Формирование флегмоны нижней конечности проводилось по следующей методике. Под общей анестезией парами севофлюрана произведен надрез в области 1/3 бедра нижней конечности. С использованием инструмента москит сформировано в дистальном направлении ложе в подкожном пространстве, куда была помещена марлевая полоска, смоченная раствором бактериальной смеси, полученных из просвета толстой кишки. Разведение из расчета 100 мг фекалий на 20 мл физиологического раствора. Кожная рана ушита узловым швом.

Результаты исследования. Первые признаки диабета проявлялись в виде резкого увеличения потребления воды до 120 мл, резкой потери в весе, выпадении шерсти. В биохимических исследованиях использовали цельную кровь и сыворотку. Наблюдалось несколько фаз изменений содержания глюкозы крови: первая фаза – гипергликемическая, достигающая максимума в течение первых часов; вторая – гипогликемическая, которая в основном проявлялась на протяжении первых суток, третья фаза – фаза стойкой гипергликемии (табл.1).

Таблица 1

Динамика показателя глюкозы в крови экспериментальных животных

Показатель	Контроль значения для крыс	Дни эксперимента							
		1 й	3й	5й	7й	14 й	30 й	45 й	
Глюкоза	2,3±0,2	3,7±0,05	10,7±0,04	10,2±0,12	9,4±0,02	9,7±0,05	9,4±0,04	10±0,07	



В сериях экспериментов проведены сравнительные исследования эффективности нового способа лечения гнойно-некротических ран подкожной клетчатки на фоне экспериментального аллоксанового СД.

На фоне формирования гнойного процесса в области бедра на 4-5 сутки после операции производилось оперативное вмешательство.

Результаты традиционного лечения. В контрольной группе животных использован традиционный метод лечения гнойно-некротического поражения мягких тканей конечности. В контрольной группе животных гнойная рана отсекалась под общей анестезией парами севофлюрана с санацией, некрэктомией и обработкой 3% раствором перекиси водорода. Далее рана оставалась открытой и проводилось наблюдение.

На следующие сутки после вскрытия гнойника рана была покрыта гнойно-некротическим налетом. Признаков появления грануляций и очищения раны не было выявлено. На 3 сутки после вскрытия гнойника имел место некроз кожи по краям операционной раны, последняя зияла, без признаков сокращения площади. Дно раны было покрыто гнойно-некротическим налетом. На 7 сутки после операции рана покрыта плотной коркой, после удаления которой поступает скудное количество гнойного отделяемого с некротическими тканями. В отдельных местах раны появляется гранулирующая ткань. На 11 сутки после вскрытия и санации раны у крыс с сахарным диабетом рана вновь покрыта плотной корочкой, которая не отделяется от краев и дна раны. При надавливании отделяемого и флюктуации нет. Имеет место сокращение площади раны.

Морфологические изменения после лечения флегмон кожи в контрольной группе характеризовались: эпидермис гиперплазирован, диффузная лейкоцитарная инфильтрация подкожной клетчатке. Кровеносные сосуды расширены и неравномерно полнокровны. Покровный эпителий с дистрофическими изменениями, серозный экссудат в гиподерме. Незначительная лейкоцитарная инфильтрация в подкожной клетчатке, отек соединительнотканной стромы, сальные и потовые железы гиперплазированы. Кровеносные сосуды расширены.

На 3-4 сутки после формирования гнойника в области левого бедра у крыс наблюдался прорыв гнойного отделяемого из области ушитой кожной раны. В дальнейшем в течение 7-9 суток после операции наступало самопроизвольное излечение гнойно-некротического процесса с выходом из раны инородного тела в виде марлевой полоски. Рана заживала вторичным натяжением на 10-11 сутки после операции.

Результаты лечения в опытной группе животных. В опытной группе крыс в эти же сроки производили лечение новым способом:

Нами был разработан и апробирован в эксперименте метод лечения, основанный на достаточной аэрации гнойных затеков донатором синглетного кислорода и кислородных радикалов (метиленовой синью) под воздействием излучения в красном спектре (630-660 нм), которое эффективно подавляет рост бактерий.

Способ хирургического лечения гнойно-некротических процессов и флегмон нижних конечностей на фоне СД: рассечение тканей и санация гнойных затеков, иссечение некротических тканей с оставлением двухпросветных прозрачных дренажных трубок в карманах и полостях, отличающийся тем, что после выведения

дренажей открытая рана закрывается стерильной полиэтиленовой самоклеящейся пленкой (пленка для перевязок), затем в послеоперационном периоде проводится капельное промывание полости раны через установленный дренаж 0,1% раствором метиленовой сини в течение 1 часа под давлением не менее 500 мм вод.ст. со скоростью 60 капель в минуту и через 30 минут после начала промывания через фиксированную поверх раны пленку проводится облучение области раны лазерным аппаратом Восток-2 в расфокусированном непрерывном режиме, в диапазоне 630-660 нм, мощностью 120 мВт, в течение 1 минуты на каждые на 2,5-3,0 см², при этом данная процедура проводится 3-4 раза в день в течение 3-5 суток, а после стихания острого гнойного воспаления 2 раза в день в течение 2-3 суток и затем 1 раз в день еще 2-3 суток.

В этой группе животных на 3 сутки после формирования флегмоны гнойная полость вскрывалась, обрабатывалась антисептиком -0,1% раствором метиленовой сини с последующим облучением лазерным излучением в спектре 640-660нм, что оказывало выраженный антимикробный фотодинамический эффект. В результате лечения летальных исходов в опытной группе животных не было. Заживление раны проходило с формированием корки на 2-3 сутки после вскрытия гнойника и полным заживлением в течение 8-10 суток.

В опытной группе животных после проведенной операции и санации раны крысы активно передвигались по клетке, сопротивлялись при попытке взять в руки. При осмотре рана покрыта плотной корочкой, умеренно болезненная при пальпации. На перевязке под общей анестезией после удаления корочки выделяется небольшое количество мутной жидкости без запаха. Дно раны покрыто фибрином, имеются участки краевого некроза тканей. Рана имеет продолговатую форму. На 3 сутки после операции состояние животных мало отличается от здоровых особей. При осмотре рана значительно сократилась в размерах, покрыта плотной корочкой. При пальпации малоболезненная. На перевязке под общей анестезией корочка над раной снимается с трудом, рана кровоточит. Рана значительно сократилась в размере. Дно раны с признаками грануляций. Некротические ткани отошли вместе со снятой корочкой. На 5 и 7 сутки после операции при осмотре рана покрыта плотной корочкой, малоболезненная, края раны сократились.

На 5 сутки после операции при лечении была взята биопсия тканей в области бедра: эпидермис умеренно вырастает, а также в слое дермы наблюдается отёчность из-за воспаления соединительной ткани. Кровеносные сосуды равномерно распределены, склерозированы, в тканях не наблюдалось излияние крови.

На 9-11 сутки после операции отмечено отхождение корочек над раной с формированием рубца на месте сформированного ранее гнойно-некротического процесса.

Основной эксперимент заключался в формировании гнойного процесса в мягких тканях нижней конечности при сопутствующем СД и выполнении лечебных манипуляций в контрольной и опытной группах животных. Установлено, что у крыс, которым лечение не проводилось наступала генерализация процесса в виде сепсиса с летальным исходом у 30% животных на 4-6 сутки. При проведении традиционного лечения, который заключался во вскрытии гнойника на 3 сутки и обработки антисептиками наблюдалась генерализация процесса в виде сепсиса и гибелью 10 %



животных. У остальных крыс на фоне СД процесс заживления затягивался до 13-16 суток с формированием гнойника пол коркой и завершением процесса в виде грубого рубца. В то же время нормализация уровня лейкоцитов крови не наступала и через 30 суток.

На фоне экспериментального СД гнойно-некротический процесс часто осложнялся сепсисом с летальным исходом животных.

Морфологические изменения на 3 сутки развития гнойно-некротического процесса в области бедра у крыс на фоне СД: отмечалось разрушение эпидермиса и дермы, на дне раны – некротические массы с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов. На дне и краях раны отмечался резко выраженный отек, кровоизлияния и диффузная инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами, серозный экссудат и кровоизлияния в гиподерме. Кровеносные сосуды расширены и полнокровны. Установлено, что воспалительная инфильтрация распространялась на все слои дермы и подкожно жировую клетчатку. В некоторых наблюдениях отмечалось формирование полостей, заполненных гнойно-некротическими массами. На 5 сутки после лечения новым способом наблюдалось улучшение состояния животных и характера раны. Гнойное отделяемое прекращалось, рана покрывалась корочкой. Морфологически эпидермис умеренно пролиферирует. В слоях дермы наблюдается отёчность из-за воспаления соединительной ткани. Кровеносные сосуды равномерно распределены, склерозированы. В тканях не наблюдается процесс кровоизлияний и прогрессирование некроза. Дно раны очищается от фибринозных наложений и прослеживается процесс регенерации тканей.

Выводы. Морфологические исследования при формировании гнойно-некротического процесса в области бедра у крыс на 3 сутки показали, что в зоне поражения выявлялся некротизированный эпидермис, инфильтрация, серозный экссудат и кровоизлияния в гиподерме, в то время как на фоне СД микроскопически отмечалось разрушение дермы, в подкожной клетчатке резко выраженное кровоизлияние, а также диффузная инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами.

Проведенные экспериментально-морфологические исследования на модели гнойно-некротического поражения мягких тканей бедра в условиях СД показали, что применение локального лазерного воздействия и фотодинамического эффекта при лечении этих деструктивных процессов обеспечивают ускорение регресса воспалительной инфильтрации всех слоев дермы и подкожно жировой клетчатки, сокращение периода до полного прекращения гнойно-некротического отделяемого и очищение раны от фибринозных наложений, уменьшение локального отека тканей и активацию процессов регенерации.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ У КРЫС С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОГО И НОВОГО ПОДХОДОВ.

Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Солиев М.Б.
Андижанский государственный медицинский институт

Целью исследования явилось оценка эффективности результатов лечения гнойно-некротического процесса у крыс на экспериментальной модели СД.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены в лаборатории экспериментальной хирургии ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова» на белых беспородных крысах обоего пола весом 230-280гр. Операции выполнялись под общей анестезией согласно требованиям о гуманном обращении с экспериментальными животными (Страссбург, 1986). Для формирования экспериментальной модели флегмоны мягких тканей у крыс первично воспроизводилась модель развития СД. С этой целью применялся способ формирования экспериментальной модели СД. В качестве фармакологического агента применен препарат Аллоксан. Способ и дозировки введения аллоксана по предложенному методу: введение раствора аллоксан-тетрагидрата внутривентриального в дозе 170 мг на 1 кг массы тела. Аллоксан вводили после суточного голодания. Формирование флегмоны нижней конечности проводилось по следующей методике. Под общей анестезией парами севофлюрана произведен надрез в области 1/3 бедра нижней конечности. С использованием инструмента москит сформировано в дистальном направлении ложе в подкожном пространстве, куда была помещена марлевая полоска, смоченная раствором бактериальной смеси, полученных из просвета толстой кишки. Разведение из расчета 100 мг фекалий на 20 мл физиологического раствора. Кожная рана ушита узловым швом.

Результаты исследования. Первые признаки диабета проявлялись в виде резкого увеличения потребления воды до 120 мл, резкой потери в весе, выпадении шерсти. В биохимических исследованиях использовали цельную кровь и сыворотку. Наблюдалось несколько фаз изменений содержания глюкозы крови: первая фаза – гипергликемическая, достигающая максимума в течение первых часов; вторая – гипогликемическая, которая в основном проявлялась на протяжении первых суток, третья фаза – фаза стойкой гипергликемии. В сериях экспериментов проведены сравнительные исследования эффективности нового способа лечения гнойно-некротических ран подкожной клетчатки на фоне экспериментального аллоксанового СД. На фоне формирования гнойного процесса в области бедра на 4-5 сутки после операции производилось оперативное вмешательство.

Выводы. Морфологические исследования при формировании гнойно-некротического процесса в области бедра у крыс на 3 сутки показали, что в зоне поражения выявлялся некротизированный эпидермис, инфильтрация, серозный экссудат и кровоизлияния в гиподерму, в то время как на фоне СД микроскопически отмечалось разрушение дермы, в подкожной клетчатке резко выраженный отек, кровоизлияние, а также диффузная инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами. Проведенные экспериментально-морфологические исследования на

модели гнойно-некротического поражения мягких тканей бедра в условиях СД показали, что применение локального лазерного воздействия и фотодинамического эффекта при лечении этих деструктивных процессов обеспечивают ускорение регресса воспалительной инфильтрации всех слоев дермы и подкожно жировой клетчатки, сокращение периода до полного прекращения гнойно-некротического отделяемого и очищение раны от фибринозных наложений, уменьшение локального отека тканей и активацию процессов регенерации.

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У ТЯЖОЛООБОЖЖЕННЫХ

Д.А. Кодиров, Ярматов К.Э, Хакимов Э.А., Асадов

**Т.Ш. Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан Навоийский
филиал РНЦЭМП,**

Самаркандский государственный медицинский Университет

Термические поражения представляют собой серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему. Это связано с высокой частотой ожоговых травм в быту, на производстве и в период военных конфликтов, сложностью и длительностью лечения таких больных, частой инвалидизацией и высокой летальностью.

Термическая травма сопровождается рядом отклонений и расстройств в деятельности организма в целом и со стороны сердца в частности. При обширных ожогах наблюдаются разнообразные по характеру морфологические изменения миокарда, снижается его сократительная способность, возникают различные нарушения ритма и проводимости, развивается сердечная недостаточность (СН). Так, по некоторым данным, при ожоговой болезни признаки миокардита выявляются у 20-40%, а аритмии и блокады сердца - примерно у 35% больных.

Повреждение сердца при ожоговой болезни на фоне существующих заболеваний сердечно-сосудистой системы может достигать значительной выраженности и быть не только причиной тяжелой СН, но и смерти пострадавших. Так, наличие исходно у обожженных сердечно-легочной патологии повышает риск развития инфаркта миокарда (ИМ) или смерти более чем в 6 раз. Тем не менее, несмотря на высокий уровень ожогов и при этом частое поражение сердца, особенности кардиальной патологии в литературе освещены весьма скудно, недостаточно представлены данные о патофизиологических событиях, современных методах диагностики и лечения.

Отмечается повышение свертываемости крови, возникают микротромбозы, нарушается микроциркуляция, что усугубляет тканевую гипоксию и ацидоз, на фоне чего происходит паралитическое расширение капилляров, нарастают микроциркуляторные и электролитные нарушения. В дальнейшем развивается патологическая деполяризация клеточных мембран кардиомиоцитов с нарушением их проницаемости. Через несколько часов после ожога развивается выраженный шок, обусловленный падением преднагрузки при развитии отека обожженных тканей.

Существенное место в клинической картине поражения сердца при ожоговой болезни занимает СН. При небольших поражениях (до 10% общей площади поверхности тела, ОППТ) у пострадавших может наблюдаться лишь умеренная

тахикардия и незначительное повышение АД. При более обширных и глубоких ожогах (свыше 10-15% ОППТ) в первом периоде ожоговой болезни нередко возникают одышка, приступы сердцебиения и боли в области сердца. Клинически выявляются акроцианоз, тахикардия и ослабление I тона у верхушки сердца. АД несколько повышается в эректильной фазе ожогового шока и снижается в торпидной. В некоторых (прогностически неблагоприятных) случаях уже в ранние сроки после термической травмы появляется стойкая артериальная гипотензия. У лиц, страдающих гипертонической болезнью, АД в период шока обычно понижается до нормальных цифр и нередко на протяжении всего последующего периода болезни остается на этом же уровне [4].

В периоде токсемии у пострадавших могут сохраняться одышка, сердцебиение и боли в области сердца. Часто на фоне тахикардии отмечаются систолический шум на верхушке, снижение АД, расширение границ сердца. В периоде септикотоксемии у обожженных часто развиваются миокардит, перикардит и эндокардит, что может быть одной из причин развития и прогрессирования СН. В этих случаях введение большого объема жидкости, используемое при лечении больных с ожогами, может усугубить их состояние за счет значительного увеличения пред и постнагрузки.

ПРИМЕНЕНИЯ «ЛЕВОСТАВ» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ В РАЗЛИЧНЫХ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Кодиров М.Ш.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Для профилактики развития послеоперационного осложнения и внутриглазных инфекций мы применяли 3 дня до операции препарат «Левостав».

Операционный период и после операции сопряжено с риском развития воспалительного процесса в связи с возможностью внедрения патогенной микрофлоры из конъюнктивальной полости в операционную рану. «Левостав» (левофлаксацин) относится к группе синтетических антибактериальных средств класса фторхинолонов. Данное лекарственное средство эффективно в отношении грамположительных и грамотрицательных аэробных бактерий, микоплазм, хорошо проникает через роговицы во влагу передней камеры и длительно сокращается в слезной пленке.

Цель работы – определить эффективности препарата предоперационного и послеоперационного периоде у больных, перенесших операцию по поводу глаз.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 34 больных в возрасте от 25 до 70 лет (15 женщин и 15 мужчин).

Мы разделили больных на 2 группы. Больные поступали на стационар оперативное лечение с полным клиническим обследованием (общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар, биохимические исследования АСТ, АЛТ, ЭКГ, терапевта). Зделали визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, эхо- биометрия, тонометрия, расчет оптической силы иол.

Первую группа больных в количестве 18 человек получали антибактериальную терапию (левомецетин, медексол), по обычной схеме, дексаметазон 0,1%, в

послеоперационном периоде - местно антибактериальные препараты в виде инъекции, дексаметазон, общую антибактериальную и противовоспалительную терапию.

Вторую группу больных в количестве 12 человек получали препарат до операции препарат «левостав» больные капили каждую по 2 капли 3 дня перед до операции, затем на следующее утро - за час перед операцией в течение 1 часа через каждые 20 минут.

Результаты наблюдения

В послеоперационном периоде у 12 больных, получавших «левостав», наблюдалось адекватное течение, незначительная послеоперационная инъекция, отсутствие отека по ходу операционного рана и шва, отсутствие реакции со стороны водянистой влаги, незначительные болевые ощущения.

У двух больных наблюдалось явление десметита, усиление инъекции в послеоперационном периоде, этим больным пришлось местно назначить дополнительно антибактериальные инъекции и увеличить дозу гормональных препаратов. У больных, получавших «левостав»и дексаметазон, уже на 2-3 сутки наблюдалось полное купирование послеоперационных реакций, количество койка дней сократилось, не наблюдалось побочного эффекта и аллергических реакций.

Вывод. Препарат «Левостав» является наиболее современным, с высоким антибактериальным действием.Препарат можно а иногда нужна рекомендовать больным, которым будет произведена операция по поводу глазных патологии.

КОМПЛЕКС ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кодиров Ш.Н., Анварова Н.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования. Улучшение результатов лечения у больных с послелапароскопической операции брюшной полости путем оптимального выбора диагностических и лечебных мероприятий.

Материаль и методы: За последние 10 лет нами выполнены различные лапароскопические вмешательства у 2088 больных в возрасте от 16 до 80 лет, из них: холецистэктомия- 1062, аппендектомия- 653, кистэктомия печени- 63, эхинококкэктомия (однокамерные) печени- 51, кистэктомия яичника-109, рассечение спаек при спаечной кишечной непроходимости -90, санация и дренирование брюшной полости при перитоните -46.

Наиболее частым лапароскопическим вмешательством являлась холецистэктомия, выполненная нами в 1074 наблюдениях.

Из 1074 больного в анамнезе 94 (8,7%)- оперированы на органах брюшной полости, причем 44- на верхнем этаже брюшной полости. У 31 больных имелась сопутствующая пупочная грыжа.

В 890 наблюдениях ЛХЭ выполнена без каких либо технических трудностей. Среднее время производства ЛХЭ в этой группе составило 45-60 мин. В 79 случаях во

время вмешательства отмечены трудности, как уже отмечалось выше, в 75 случаях приведших к переходу на (конверсия) открытое вмешательство.

Лапароскопических аппендэктомий у 656 больных, при этом острый простой аппендицит послужил причиной оперативного вмешательства в 18 случаях, острый флегмонозный- 390 случаев, острый гангренозный - в 248 случаях.

В 93 наблюдениях после частичного разрешения спаечной кишечной непроходимости выполнено лапароскопическое (адгелизис) рассечение спаек, после которого явления непроходимости полностью разрешились.

В 45 случаях произведена санация и дренирование брюшной полости при остром разлитом перитоните. В послеоперационном периоде пришлось у 9 больных сделать релапаротомия по поводу продолжающегося перитонита.

Для улучшения послеоперационного течения мы всем больным применяли лимфатическую антибиотикотерапию, для этого во время операции установили микроирригатор круглой связки печени, брыжейки тонкого кишечника и круглой связки матки. Техника лимфатропной терапии лекарственных веществ осуществлялась через микроирригатор, который устанавливался во время операции. Сначала 40 мл 0,25 % раствора новокаина + гепарин 5000 ЕД капельно, потом 40 мл 0,25 % новокаина + 1 мл фурсемида + тималина 10 мг капельно, затем через 10-20 минут разведенная в 40 мл 0,25 % новокаина + одноразовая доза антибиотика (1 мл в минуту). Проводилось лечение в двух группах больных. Первая, основная группа - 463 больных леченной лимфотерапии и вторая - контрольная группа 174 больных леченной традиционным способом.

Вывод: Таким образом анализ результатов лапароскопических вмешательств с применением лимфатической терапии при различных патологиях органов брюшной полости показывает, что применение лапароскопической лимфатической терапии позволяет значительно снизить послеоперационное осложнение, летальность и достоверно сократить сроки стационарного пребывания больных по сравнению с контрольной группой пациентов.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Комилова А.З., Нугмонова У.Т., Ибайдуллаева Б.А.

**Ташкентский Государственный стоматологический институт, кафедра
Госпитальной терапевтической стоматологии.**

Цель исследования: Хронический рецидивирующий афтозный стоматит одной из актуальных проблем практической стоматологии, ХРАС – это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки, характеризующееся появлением афт, протекающее с периодическими ремиссиями и частыми обострениями рассматривается как многофакторная болезнь, в формирование которого участвует аутоиммунный ответ организма, аллергические, эндокринные и наследственные факторы. Теченые заболевание тяжелое и длительное и с частыми рецидивами, резистентностью к различным методам лечения. У больных, как правило, обнаруживают нарушения иммунологического статуса местного и общего характера,



коррелирующие с тяжестью клинического течения. Возраст большинства больных составляет 20–40 лет, причем до полового созревания одинаково часто болеют лица обоего пола, но среди взрослых пациентов преобладают женщины (данные Pindbord).

Материалы и методы. Исследования проводились на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии, гистологии и медицинской биологии ТГСИ, на основе истории болезни и гистологических образцов 35 пациентов, в том числе 10 мужчин и 25 женщин, с возрастным ограничением 20-62 года. афты Сеттона у 10% пациентов остальные 90% имеют ХРАС

Результаты и обсуждение.

ХРАС характеризуется следующими симптомами: в самом начале заболевания слизистая оболочка ротовой полости отекает, бледнеет, возможно образование ярко выраженных красных пятен, а также гиперемия отдельных участков. При этом на слизистой оболочке выявляется ограниченный воспалительный процесс, в результате которого образуется овальная или круглая афта, размером достигающая нескольких миллиметров в диаметре. Сверху воспаление покрыто сероватым налетом, трудно отделяемым от афты. Чаще всего воспалительный процесс протекает на поверхности слизистой оболочки, но может проникать и вглубь, вызывая некроз тканей. Повреждения слизистой оболочки болезненны, затрудняют прием пищи и сопровождаются обильным неконтролируемым слюноотделением. При каждом рецидиве шейные и подчелюстные лимфатические узлы становятся болезненными и увеличиваются в размере. Возможно небольшое повышение температуры, слабость, головные боли и одновременно высыпание афт на слизистой оболочке половых органов. Иногда афта начинается не с гиперемизированного, а с анемичного пятна. Часто за несколько дней до возникновения афты больные ощущают жжение и боль в месте будущих изменений. Одновременно появляется 1 или 2 афты, реже больше. Высыпания чаще локализуются на слизистой оболочке щек, губ, боковых поверхностях языка, но могут возникать на любом участке слизистой оболочки полости рта. При локализации на маргинальной части десны афты имеют полулунную форму, и их, как указывает Mothis (1963), трудно отличить от твердого шанкра.

При гистологическом исследовании афты обычно выявляют глубокое фибринозно-некротическое воспаление слизистой оболочки. Процесс начинается с изменений в соединительнотканном слое; вслед за расширением сосудов, небольшой периваскулярной инфильтрацией появляется отек шиповатого слоя эпителия, затем спонгиоз и образование микрополостей. Альтеративные изменения заканчиваются некрозом эпителия и эрозированием слизистой оболочки. Дефект эпителия заполняется фибрином, который прочно спаивается с подлежащими тканями. Цитоморфологическая картина клеточных элементов при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите характеризуется определенными особенностями: цитологический состав мазков у больных, взятой с поверхности афт представлен клетками малоизмененного эпителия и небольшим количеством лейкоцитов, и формированием язв, которые встречаются реже эпителиоцитов, наблюдаются лейкоциты с заметными дистрофическими изменениями. Гистологическая картина рецидивирующего глубоко рубцующегося афта (рубцующаяся и деформирующая формы хронического рецидивирующего афтозного стоматита – афтоз Сеттона) участок некроза с полным разрешением эпителия и



базальной мембраны, воспаление в собственно слизистой оболочке и подслизистом слое; при вовлечении в процесс слюнных желез определяется мощная перигландулярная инфильтрация.

Выводы:

Проведенные гистологические исследования показывают, что глубокий анализ цитоморфологических особенностей хронического рецидивирующего афтозного стоматита позволяет расширить методы повышения эффективности лечения заболевания. Своевременные регулярные обследования позволяют изучить динамику заболевания и оценить эффективность проводимых процедур.

ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б., Ганиев А.Г
Андижанский государственный медицинский институт.

Цель исследования - динамический анализ этиологии внебольничных пневмоний у детей дошкольного возраста в условиях детского стационара.

Материалы и методы исследований. Исследование основано на результатах наблюдений за течением внебольничных пневмоний у 120 детей в возрасте от 3 до 7 лет в период с 2020 по 2023 годы. При этом большую часть группы составили дети в возрасте от 3 до 5 лет — 54% (64 ребенка). Средний срок пребывания больных в стационаре составил 12 дней, что согласуется с медико-экономическими стандартами. Результаты и обсуждение. Среди обследованных 120 детей у 68 (57,1%) был выявлен определенный возбудитель. Случаи не верифицированного возбудителя (42,9%) внебольничной пневмонии связаны, по-видимому, с тем, что до поступления в стационар дети получали антибиотикотерапию. Как показали результаты проведенного обследования, за последние 6 лет в этиологической структуре внебольничных пневмоний произошли изменения. Среди бактериальных возбудителей внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста *Streptococcus pneumoniae* выявляется чаще, чем *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*. Частота *Staphylococcus aureus* как возбудителя внебольничной пневмонии существенно уменьшилась — с 16% до 3,33%. Распространенность *Streptococcus pyogenes* была почти одинаковой, с незначительными колебаниями.

Как показало проведенное исследование, внебольничная пневмония, обусловленная *Mycoplasma pneumoniae*, у детей дошкольного возраста чаще имеет тяжелое течение, сопровождается высокой температурой и токсикозом. Выявлен семейный характер заболевания микоплазменной пневмонией, когда в одной семье одновременно болели несколько человек, что не характерно для пневмоний, обусловленных бактериальным возбудителем. Особенностью сезонного подъема заболеваемости пневмонией было то, что лечение (симптоматическое, жаропонижающие, отхаркивающие, пероральные полусинтетические пенициллины) на догоспитальном этапе у всех поступивших в стационар детей оказалось безуспешным. Дети поступали в стационар на поздних сроках заболевания, в среднем на $14 \pm 2,5$ день болезни, что подтверждало отсутствие эффекта от лечения в



амбулаторных условиях. Начало заболевания характеризовалось стремительным ухудшением клинической картины. Отмечалось повышение температуры тела до 38-39°C, которое сохранялось до 8-10 дней, с последующим снижением до субфебрильных значений. Лихорадка сопровождалась наличием токсикоза, отмечалась бледность кожных покровов, адинамия, анорексия, головная боль. У детей в возрасте 3-7 лет нередко лихорадка сопровождалась рвотой 52% (13 человек). Были выражены катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Кашель в первые 10 дней заболевания был сухим, изнурительным. К концу 2 недели заболевания кашель становился малопродуктивным, приступообразным. Наличие сухого приступообразного кашля не провоцировало развитие симптомов дыхательной недостаточности. Одышка смешанного характера отмечалась крайне редко.

Фискальные данные у детей с пневмонией, обусловленной *Mycoplasma pneumoniae*, были весьма скудные. Разнокалиберные влажные хрипы прослушивались над областью обеих легких, участки укорочения перкуторного звука почти не регистрировались. На рентгенограмме легких определялись инфильтративные очаги с размытыми, нечеткими контурами с тенденцией к слиянию. При проведении контрольной рентгенографии органов грудной клетки отмечалось медленное рассасывание воспалительного инфильтрата, лишь в 76% (19 человек) пневмония разрешилась к 12 дню. В общем анализе крови определялся умеренный лейкоцитоз ($11,3 \times 10^9/\text{л}$) $\pm 1,6$, незначительное ускорение СОЭ ($20 \pm 2,1$) мм/час. Сатурация кислорода в данной группе больных была в пределах допустимых величин (95-96%) при норме 98-100%, что указывало на отсутствие симптомов дыхательной недостаточности. В биохимическом анализе крови показатели С-реактивного белка были в пределах нормы. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой, мочевыделительной и пищеварительной систем не зарегистрированы.

Таким образом, за последние 5 лет структура возбудителей внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста существенно изменилась. Преобладающими бактериальными возбудителями остаются пневмококк и пирогенный стрептококк. За последние 2 года увеличилась распространенность пневмоний, ассоциированных с *Mycoplasma pneumoniae* и *S. pneumoniae*, которые составили 29,07% (25 человек) в общей структуре возбудителей заболевания. У большинства больных 65,12% (84 ребенка) отмечалась резистентность воспалительного процесса в легких к традиционно применяемым на догоспитальном этапе антибиотикам, что, несомненно, удлиняло сроки лечения. Проведенный анализ этиологических факторов развития внебольничных пневмоний у детей дошкольного возраста позволил выявить ряд особенностей течения заболевания в зависимости от характера возбудителя.

Вывод. Исходя из этого, выбор стартового антибиотика в лечении внебольничных пневмоний должен основываться на клинко-эпидемиологических особенностях течения современных пневмоний.

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА: К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ

**Курамов.Ш.Ю.,Шамсудинова Г.Б.,Махмудов Н.И.
Ферганский медицинский институт общественного здоровья
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Актуальность. Острая боль в поясничной области или почечная колика, причиной которой является обструкция конкрементами мочевого тракта, - одна из часто встречающихся проблем в неотложной медицине. Множество патологических состояний со стороны органов брюшной полости способны имитировать обструкцию мочевого тракта. Клинико-физикальные и лабораторные методы обследования не всегда с высокой точностью позволяют подтвердить или исключить диагноз. В частности, тесты на выявление гематурии, как главного признака, сопровождающего обструкцию мочевого тракта, имеют чувствительность, по данным различных авторов, от 81 до 84%, специфичность - 48% и прогностическую ценность отрицательного результата в пределах 65%. (Bove P. et al. 1999, Luchs JS, et al. 2002).

Соответственно, различные альтернативные заболевания могут сопровождаться гематурией.

Традиционно, в череде ступеней алгоритма топической диагностики пациентов с болью в поясничной области, присутствуют - ультразвуковое сканирование (УЗС), экскреторная урография (ЭУ), ретроградная пиелоуретерография, цистоскопия с катетеризацией мочеоттока. В большинстве случаев пациенты проходят все этапы диагностических процедур до установления окончательного диагноза. Во многих странах в последние годы нативное или безконтрастное компьютерно-томографическое (КТ) исследование становится методом выбора для визуализации пациентов с болью в поясничной области, вытесняя экскреторную урографию. Преимуществами КТ являются: быстрое - особенно на мультисрезовых спиральных томографах - получение изображений высокого качества; возможность снижения суммарной лучевой нагрузки на исследуемого при использовании низкодозовой технологии сканирования; точность в измерении и локализации патологических объектов; денситометрический анализ структур. Эти условия способствуют более прецизионной идентификации альтернативной патологии, имитирующей клинику обструкции мочевых путей.

Спектр патологических состояний, манифестирующих колики подобными болями в поясничной области, и трудно оцениваемых при помощи УЗС и рентгенографии, в том числе экскреторной, достаточно широк. Так, Rucker C. с соавторами (2004) описывают ряд патологий, выявленных при нативных КТ обследованиях у пациентов с подозрением на обструктивный конкремент верхнего мочевого тракта. По их данным, у 45% обнаружена альтернативная патология. В их числе: аппендициты, поражения яичников, а также, нечасто встречающиеся, - лимфома почки, дивертикулит восходящей части толстой кишки. Dalrymple NC с коллегами (2002), констатируют о выявлении альтернативных заболеваний у 65 (28%) из 236 пациентов с подозрением на уретеронефролитиаз. Из них - в 43 случаях обнаружена экстраурогенитальная патология.

Материалы и методы исследования. В рентгенологическом отделении ФФРНЦЭМ в 2023 году проведено 86 нативных КТ обследований пациентов с первичным диагнозом «почечная колика» в первые сутки после поступления. КТ сканирование выполнялось на аппарате GE CT Max 640. Толщина скана 2-5 мм, интервал -5 мм. Среднее количество сканов - 22-25. У 23 (26,7%) обнаружена конкурентная патология без признаков уретеронефролитиаза. Основную долю заболеваний среди них составили: острые заболевания органов пищеварительного тракта (аппендицит, холецистит, панкреатит)- 36%, аднекситы и tuboовариальные конгломераты- 32%, неоплазмы органов брюшной полости и забрюшинного пространства -14%, дегенеративные изменения позвоночника-11%. При оценке диагностической ценности КТ сравнительно с традиционной комбинацией - УЗС+ЭУ, чувствительность методов составила: КТ- 91%; УЗС+ЭУ- 78%. Результаты. Следует отметить, что использование КТ на первичном этапе обследования, позволило сократить время постановки клинического диагноза в среднем с 72 до 24 часов, тем самым, способствуя более раннему началу лечебных мероприятий, либо переводу пациента в профильное отделение. По нашему мнению, преимущество КТ сканирования в экономии времени достигается, как за счёт скорости самого исследования, так и, вследствие отсутствия необходимости подготовки кишечника и определения биохимических показателей крови, что, как правило, предшествует выполнению обзорной и экскреторной урографии.

Резюмируя, следует отметить, что нативное компьютерно-томографическое сканирование, являясь высокоинформативным, прецизионным и неинвазивным методом визуализации, может быть рекомендовано в качестве базисного обследования в алгоритме диагностических мероприятий при почечной колике.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ ПРИ COVID -19

**Курамов Ш.Ю., Махмудов Н.И., Шамсудинова Г.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

По данным современных литературных источников в своевременном обнаружении признаков поражения легких при COVID-19 особую ценность представляет собой УЗИ диагностика. Действительно, у здорового человека внешний вид легких имеет однородный серый цвет, четко просматриваются межреберные промежутки, а также передняя поверхность легких между ребрами имеет тонкую, ярко выраженную плевральную линию, на которой хорошо заметны небольшие вкрапления. В норме при вдохе и выдохе эта линия должна учувствовать в акте дыхания и синхронно двигаться вперед и назад, позади плевральной ткани чаще всего можно видеть линию А.

На ранних этапах развития заболевания, как показала практика и зарубежные исследования, причем если COVID-19 протекает без осложнений, одной из особенностей является появление В-линии. Эти линии хорошо видны при ультразвуковом исследовании, они отливают белым цветом мере достижения легкого из плевры.

Движение данных линий, как правило бывает синхронное, в соответствии с дыханием. Если отсутствуют осложнения дыхательной системы, то можно наблюдать не более одной, двух В-линий, проявляющихся у основания легких, тогда, как при наличии и начала развития COVID-19, появляются очаговые, так называемые субплевральные объединения в переднем сегменте легких, обусловленные утолщением плевральной линии. Также можно проследить сегментарное поражение легких по зонам отсутствия и повышенной сосредоточенности линий.

Выводы: таким образом, УЗИ диагностика является диагностическим методом, который можно применить на ранних стадиях развития изменений в легких при COVID-19. Это имеет очень большое значение при дифференциальной диагностике для исключения возможных причин возникновения острой одышки, данная диагностика может применяться у постели больного, предоставляя точные сведения, не уступающие компьютерной томографии. Позволяет обследовать легкие в положении «укладывания на живот», для уменьшения гипоксемии. Не говоря ещё и о том, что данное исследование не только информативно, но и экономически рационально и доступно.

МЕТОДЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ИХ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

Мамадалиева Хилола

Магистр кафедры Госпитальной педиатрии Андижанского государственного медицинского института Научный руководитель, доцент М.Ш.Ганиева

Актуальность. При всем многообразии методов патогенетического лечения ГН предпочтение отдается тем из них, которые обладают наибольшей эффективностью в подавлении активности заболевания (цитостатики), а также способностью сдерживать механизмы неиммунного прогрессирования (гипотензивные препараты) и вызывать минимальное число осложнений (дезагреганты).

Цель исследования: Изучить воздействие некоторых препаратов патогенетического направления на состояние показателей гемостаза при ОГН.

Материал и методы исследования. Материал и методы исследования: Нами обследовано 100 детей в отделении нефрологии ОДММЦ города Андижан в возрасте от 0 до 18 лет с различными формами ОГН. Всем обследуемым больным были проведены стандартные общеклинические исследования и определение показателей гемостаза (количество тромбоцитов, свёртываемость крови, ПТИ, фибриноген). Исследования проводили при поступлении в стационар и через 5 дней от начала антикоагулянтной терапии.

Результаты исследования: Разгар болезни при всех вариантах течения сопровождался гиперагрегацией и выраженной активацией кровяных пластинок. В обследованных группах эти показатели характеризовались ускоренным начальным тромбинообразованием. Уровни АЧТВ свидетельствовали о фазности процесса коагуляции, что проявляется тем, что наряду с усилением свертывания у ряда больных отмечены гипокоагуляционные сдвиги во внутреннем и внешнем (протромбиновом) механизмах. В развёрнутой стадии ОГН наблюдались

гиперфибриногенемия, избыток продуктов деградации фибриногена/фибрина в крови, плазме и сыворотке, а на 2-3 месяце болезни наблюдался их выраженный дефицит, максимально выраженный у пациентов со значительной мочевого экскрецией белка ($3,3 \pm 0,6$ г/сут.) при ОГН с НС.

Сравнивая результаты лечения в 1 и 2-й группах, необходимо отметить, что по влиянию на протеинурию и выраженности дезагрегационного действия эффекты курантила и гепарина оказались сопоставимыми. В то же время динамика гематурии на фоне терапии курантилом была более отчетливой, так как средние показатели её через месяц приема препарата достоверно отличались от исходных цифр, чего не отмечалось у больных получавших только гепарин подкожно. При этом интенсивность протеинурии в группе больных с НС ОГН, получавших гепарин с курантилом уменьшалась в более короткие сроки, по сравнению с группой детей, получавших только курантил. Исходная протеинурия составила $1,26 \pm 0,33$ г/сут., эритроцитурия $38,1 \pm 12,2 \times 10^3$ /мл. Динамика МС через месяц от начала лечения пентоксифиллином была положительной: достоверно, в 2,5 раза, снизилась суточная экскреция белка, прослеживалась тенденция к уменьшению микрогематурии до $26,8 \pm 3,8 \times 10^3$ /мл.

Выводы:

1. Сочетанное применение гепарина и курантила положительно влияют коррекцию гематурии при нефритическом синдроме ОГН в первый месяц лечения по сравнению с их раздельным использованием.
2. Кроме антипротеинурического действия сочетанное использование гепарина и курантила приводило к более выраженному контролю гематурии по сравнению с их раздельным назначением.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Мамадалиева Хилола

**Магистр кафедры Госпитальной педиатрии Андижанского государственного
медицинского института Научный руководитель, доцент М.Ш.Ганиева**

Актуальность. До внедрения в комплекс терапии больных с нефритическим синдромом иммуносупрессивной терапии, когда отмечалась склонность к хронизации НС, тромбоэмболии были одной из частых причин высокой летальности детей. Но и после начала использования антикоагулянтных препаратов тромботические осложнения остаются серьёзной проблемой в течении и лечении НС.

Цель исследования: Изучить состояние гемостаза у детей с различными формами ОГН для оценки эффективности антикоагулянтной терапии.

Материал и методы исследования: Нами обследовано 100 детей в отделении нефрологии ОДММЦ города Андижан в возрасте от 0 до 18 лет с различными формами ОГН. Всем обследуемым больным были проведены стандартные общеклинические исследования и определение показателей гемостаза (количество тромбоцитов, свёртываемость крови, ПТИ, фибриноген).

Результаты исследования: Начальные проявления ОГН характеризовались усилением внутрисосудистой агрегации при нормальном количестве тромбоцитов крови, активизацией коагулирующей способности крови (сокращение АЧТВ и ТТ при недостоверном приросте протромбинового индекса), а также значимым повышением количества растворимого фибриногена (по данным ОФТ) и продуктов ранней и поздней деградации фибрина/фибриногена в плазме. Антитромбиновый резерв крови в дебюте заболевания был достаточен, так как уровень основного антитромбина - АТ III не снижался. Разгар болезни при всех вариантах течения сопровождался гиперагрегацией и выраженной активацией кровяных пластинок. Содержание ФВ на этой стадии ОГН также оказалось повышенным в 3 раза, усилением свертывания у ряда больных отмечены гипокоагуляционные сдвиги во внутреннем и внешнем (протромбиновом) механизмах.

Развернутой стадии ОПИГН были присущи гиперфибриногенемия. На 2-3 месяце болезни наблюдался отчётливый дефицит АТ III, максимально выраженный у пациентов со значительной мочевой экскрецией белка ($3,2 \pm 0,6$ г/сут.) при ОНС и НС. Клиническим вариантам ОГН были присущи некоторые особенности гемостатических нарушений. Так, прогностически наиболее неблагоприятное течение с НС сопровождалось гипокоагуляцией потребления, достоверным снижением числа тромбоцитов крови и резкой активацией пластинок в циркуляции. Затяжное течение ОГН выражалось не только в сохранении клинико-лабораторных и морфологических симптомов (отеки, протеинурия, гематурия, мезангиальная пролиферация), но и в существенных нарушениях со стороны гемостаза. Так, уровень ФВ оставался повышенным в среднем в 2,5 раза, наблюдалась активация тромбоцитов, что не исключало формирования тромбоцитарных агрегатов в пристеночных капиллярных тромбах. Изменения гемокоагуляции объясняется нарастающим дефицитом АТ III за счет выброса его с мочой и в результате блокады антигепариновым фактором. Нарастающий уровень ПДФ подтверждал латентное течение почечного внутрисосудистого свертывания крови.

Выводы: При ОГН иммунокомплексное воспаление является пусковым моментом в активации функции тромбоцитов с активацией внутрисосудистого свертывания крови, что поддерживает воспалительные реакции в клубочках почек и могут влиять на исходы болезни.

ЗНАЧЕНИЕ ЗОЖ В ФОРМИРОВАНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Мамажанов С., Салиева М.Х., Усманова Г.К., Салиева М.Р., Хажиматов Р.С.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Проблема формирования ЗОЖ и укрепления здоровья у детей становится приоритетным направлением развития образовательной системы современной школы, стратегическая цель которых - воспитание и развитие свободной жизнелюбивой личности, обогащенной научными знаниями о природе и человеке, готовой к созидательной творческой деятельности и нравственному поведению. Речь



идёт о формировании новой системы ценностей, ведущее место среди которых занимает здоровье.

Материал и методы исследования. Формирование ценностей и стиля ЗОЖ должно идти через организацию насыщенной положительными эмоциями двигательной активности, спортивных занятий, через привитие устойчивых гигиенических, коммуникативных навыков, создание психологической поддержки в среде сверстников. Образовательные программы должны быть основаны на дифференцированном подходе к детям с учетом их возраста (младший, средний и старший школьный). Необходимо специально фиксировать внимание на проблеме здоровья, потому что мотивация на здоровый образ жизни, несомненно, является одним из ведущих факторов защиты от негативного влияния окружающей среды. С поступлением в школу изменяется положение ребенка в семье, появляются первые серьезные обязанности по дому, связанные с учением и трудом. Все это вместе взятое образует проблемы, которые ребенку необходимо решать с помощью взрослых на начальном этапе обучения в школе.

Результаты исследования. Для формирования ЗОЖ младших школьников очень важно обеспечить условия, которые бы способствовали успешности данной деятельности. 1. Учёт возрастных особенностей младших школьников. Всю свою деятельность по формированию ЗОЖ необходимо проводить с учётом возрастных, индивидуальных и психологических особенностей детей и взрослых. Обязательным также является учёт научно-обоснованных представлений о стадиях полового развития девочек и мальчиков. Существенное значение имеет и правильная оценка психологической ситуации в семье, школьном классе, неформальном объединении. В этом возрасте эмоциональные стимулы наиболее значимы - вызванные биоэлектрические реакции мозга. Т.е. предъявляемый материал и его подача должны быть интересны ребёнку. 2. Учёт особенностей социализации младших школьников. Реализация этого условия предполагает учет особенностей проживания ребенка и его воспитания. В малом городе ребёнок находится ближе к природе, ежедневным занятиям своих родителей. Здесь намного лучше экологические условия жизни: чище воздух, меньше автомобилей, которые представляют большую опасность для ребёнка; меньше и других опасностей, способных повлечь за собой травматизм несовершеннолетних. 3. Создание благоприятного морального климата в семье. Главный момент влияния семьи на психическое здоровье ребёнка состоит в наличии благоприятной эмоциональной обстановки. Это очень важное условие, которое обеспечивается укреплением доброжелательности каждого по отношению к другим членам семьи, готовности простить и понять, стремления прийти на помощь, сделать приятное друг другу, заботой о здоровье всех членов семьи. Необходима тесная, искренняя дружба родителей, их постоянное стремление быть вместе, общаться, советоваться. Общение - великая сила, которая помогает родителям понять ход мыслей ребёнка и по первым признакам определить его склонность к негативным поступкам, чтобы вовремя предотвратить их. Ребёнку важно ощущать эмоциональную поддержку со стороны близких, живую заинтересованность его школьными и внешкольными делами.

Выводы. Важно воспитать у ребёнка потребность быть здоровым, научить его избегать нажитых болезней, знать грозящие опасности и пути их предупреждения.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЯЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗОВ

Маматкулова М.Ё., Ортикова Н.Х

Самаркандский государственный медицинский университет

В настоящее время ортопедическая стоматология предлагает различные варианты для восстановления полного или частичного отсутствия зубов, начиная с изготовления зубных протезов, как частичные съемные, так и полные съемные. Актуальность проблемы заключается в том, «Какой материал для протеза подойдет лучше, акрил или нейлон?». Врачи стоматологи-ортопеды предоставляют выбор пациентам, объясняя им ряд плюсов и минусов акрила и нейлона. В одной из своих статей автор утверждает, что нейлон обладает эластичностью, хорошо обрабатывается и полируется, эстетичен. По мнению других авторов в литературе были описаны положительные свойства акрила: высокая технологичность, прекрасные физико-механические свойства базисных материалов наряду с дешевизной и доступностью. Существует утверждение исследователя, что от выбора акрила зависит клиническая служба изготовленного съемного зубного протеза.

Цель: сравнить характеристики акриловых и нейлоновых протезов в ортопедической стоматологии

Материалы и методы: Исследование проводилось методом изучения методических руководств, статей, данных отечественной и зарубежной литературы.

Результаты и обсуждения: В ходе исследования было выявлено, что акриловые протезы обладают токсическим действием в результате повышенного количества мономера, которое оказывает раздражающее действие на слизистую оболочку полости рта и приводят к развитию акрилового стоматита. Материалы акрилового ряда обладают малой теплопроводностью. В результате под протезом устанавливается более высокая температура, чем в полости рта. Возникает как бы термостат, в котором создаются условия для размножения бактериальной и грибковой микрофлоры. Химические ингредиенты, входящие в состав акриловых протезов, являются гаптенами, т.е. веществами, соединяющимися с белками тканей протезного ложа и приобретающими вследствие этого антигенные свойства. В силу действия этих свойств возникают аллергические реакции в виде: экзем, глосситов, контактных стоматитов, отеком губ, острыми дерматитами лица и рук. Положительными свойствами протезов являются дешевизна так как уходят меньше затрат на изготовление, прочность, которая возможность починки протеза в результате поломки и легкий уход, без применения специальных инструментов. В отличие от акриловых протезов нейлоновые обладают гипоаллергенностью так как в нем отсутствуют мономеры, менее токсичен, полностью биосовместим. Нейловые протезы обладают плохой цветовой стабильностью и их трудно починить. Во избежание этого необходимо соблюдать рекомендации по уходу за протезом. Использовать специальные контейнеры-ванночки, не использовать пасты содержащие абразивы. По результатам клинических исследований было доказано, что люди с протезами из акрила приходили на коррекцию чаще, чем те, кто использовал



нейлоновые протезы. Пациенты с акриловыми протезами отмечали клинические симптомы аллергии, чего не наблюдалось у второй группы исследуемых людей.

Вывод: Исходя из вышеописанных данных, можно говорить о том что, свойства нейлоновых протезов превосходят акриловые протезы за счет технологии изготовления и разной химической структуры. Это и подтверждает аллергические реакции на использование акриловых протезов. Помимо этого, эксплуатация нейлонового протеза является более затратной, так как необходимо использовать дополнительные средства по уходу за протезом.

**К ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ПРАКТИКЕ
СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА**

**Маматов Б.Ю.1, Исмаилов О.А.2, Озодбеков Ю.Ш.3, Шаробиддинов М.З.4,
Нумонов Ш.М.5, Мамадаев Р.Э.6, Каримов А.А.7, Ахмедов М.Х.8, Кузиев О.А.9,
Хасанов Ш.Н.10**

**Доцент кафедры анестезиологии - реаниматологии и неотложной
медицинской помощи, АГМИ1 Ассистент кафедры анестезиологии -
реаниматологии и неотложной медицинской помощи, АГМИ2,3,4,5,6,9,10**

**Заведующий отделении нейрореанимации Андижанский филиал
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи7 врач
анестезиолог-реаниматолог Андижанский филиал Республиканского научного
центра экстренной медицинской помощи2,8,10**

В рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с заболеваниями ЦНС в практику работы нашего отделения внедрена ранняя пассивная вертикализация пациентов после плановых нейрохирургических вмешательств по удалению новообразований головного мозга. Эта реабилитационная методика направлена на ртостатическую тренировку, поддержание адекватного вегетативного обеспечения двигательной активности, сохранение должного влияния на позно – тоническую и динамическую активность вестибулярных и постуральных реф-лкторных реакций и автоматизмов, что в конечном итоге должно привести к ранней активизации пациента и сокращению времени его пребывания в стационаре.

Цель работы. Сравнить затраты на лечение пациентов с множественными и одиночными метастазами в головной мозг в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Вертикализация проводится на роботизированной платформе – вертикализаторе «Анумов». Критериями исключения для пассивной вертикализации были: нарушение уровня сознания, сопровождающееся моторным возбуждением; нестабильность неврологического статуса; нестабильность гемодинамики; проведение искусственной вентиляции легких; гипертермия выше 37,5 о С. Первичная вертикализация проводилась через 4 часа после экстубации пациента и проведения теста пассивного поднятия ног для исключения гиповолемии. Всего выполнено 58 вертикализаций пациентов после хирургических вмешательств

по поводу объемных образований больших полушарий головного мозга. С целью оценки безопасности данной процедуры врачом функциональной у 13 пациентов оценивались скоростные показатели кровотоков в бассейне СМА на оперированной стороне. Средний возраст пациентов $50,4 \pm 6,3$ года.

Результаты. Нами были получены следующие показатели линейной скорости кровотока по СМА: перед началом вертикализации $65,42 \pm 4,64$ см/сек; при подъеме пациента до 20° , 40° и 60° скорость кровотока практически не изменялась; небольшой рост отмечался при подъеме на 80° - $71,33 \pm 6,26$ см/сек и при возврате в исходное положение лежа - $76,0 \pm 8,2$ см/сек ($p=0,57$).

Выводы. С учетом малого количества наблюдений делать достоверные выводы не представляется возможным, но важно отметить, что даже при возрастании скорости кровотока при проведении вертикализации пациентов в раннем послеоперационном периоде, цифровые значения не выходят за пределы нормальных, что на данном этапе может говорить о безопасности процедуры.

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ИММУННАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА

**Маматов Б.Ю.1, Исмаилов О.А.2, Озодбеков Ю.Ш.3, Шаробиддинов М.З.4,
Нумонов Ш.М.5, Мамадаев Р.Э.6, Махмудов А.Р.7**

**Доцент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ1
Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ2,3,4,5,6, врач анестезиолог-реаниматолог Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи2,7**

Цель исследования. Оценка динамики иммунного статуса у пациентов с осложнениями острого деструктивного панкреатита.

Материал и методы исследования. Был проведен анализ результатов лечения 56 пациентов, оперированных по поводу инфекционных осложнений острого деструктивного панкреатита. В контрольную группу вошли 23 пациента, основную составили 15 пациентов, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание с использованием полноценных сбалансированных питательных смесей. Энтеральное питание начинали со 2-х суток. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, типу оперативного вмешательства, равноценности общего медикаментозного комплекса, степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Эффективность проводимой нутритивной терапии оценивали на 10 и 20-е сутки послеоперационного периода. Иммунный статус оценивали по общему количеству Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, В-лимфоцитов и по уровню сывороточных иммуноглобулинов (G, A, M). Оценку статистической значимости показателей считали достоверной при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. На момент оперативного вмешательства в обеих группах отмечалась однотипность иммунных изменений. Они заключались в



развитии Т-лимфопении, дисбалансе субпопуляционного состава Т-лимфоцитов с преобладанием снижения количества циркулирующих Т-хелперов/индукторов. Отсутствие статистически значимых различий позволяет сделать вывод об идентичности показателей иммунитета на момент оперативного вмешательства. У пациентов обеих групп был зарегистрирован вторичный иммунодефицит средней степени тяжести, при котором наиболее значимыми изменениями со стороны показателей иммунитета являлись по-ниженное содержание Т- и В-лимфоцитов, по сравнению с группой доноров. Анализ количественных показателей иммунитета показал, что на 10-е сутки после операции в группах наблюдались существенные различия. Абсолютное количество лимфоцитов в контрольной группе составляло 1369 ± 65 в 1 мл, в основной — был достоверно выше и составлял 2086 ± 84 ($p < 0,001$). Иммунный статус в контрольной группе характеризовался снижением активности Т-клеточного и В-гуморального звеньев иммунитета. Снижение активности иммунорегуляторных клеток выражалось в уменьшении общего числа Т- и В-лимфоцитов. В контрольной группе сохранялись признаки вторичного иммунодефицита, обусловленные супрессией клеточного и гуморального звеньев иммунной защиты. В основной группе было отмечено статистически значимое повышение уровня В – лимфоцитов до $0,59 \pm 0,04$ ($p < 0,01$), что сопровождалось увеличением уровней Ig G до $2,55$ г/л ($p = 0,04$) и Ig A до $2,55 \pm 0,1$ г/л ($p = 0,03$). Статистически значимое уменьшение лейкоцитоза ($p < 0,01$) у пациентов основной группы свидетельствует об уменьшении тяжести системного воспалительного ответа. При сопоставлении с другими показателями иммунитета доноров статистически значимых отличий получено не было.

На 10 сутки после оперативного вмешательства в контрольной группе по-прежнему сохранялись лейкоцитоз ($p < 0,01$) и лимфопения ($p < 0,01$). Достоверно ниже было содержание Т-лимфоцитов (Е-РОК) ($p < 0,01$), активных Т-лимфоцитов ($p < 0,01$), В-лимфоцитов ($p < 0,01$) и Т-хелперов ($p < 0,01$). Уровень секреторного Ig A также был достоверно ниже ($p < 0,01$), чем у пациентов основной группы. В основной группе наблюдения уровень содержания Т-лимфоцитов, активных Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов и Т-хелперов был достоверно выше ($p < 0,01$) аналогичных показателей контрольной группы и при этом достоверно не отличался от группы доноров. Уровень секреторного иммуноглобулина А был достоверно выше ($p < 0,01$), чем в контрольной группе и группе доноров.

Выводы. При развитии инфекционных осложнений на момент оперативного вмешательства установлено увеличение количества провоспалительных цитокинов в периферической крови, что ведет к развитию SIRS-синдрома и в дальнейшем обуславливает возникновение глубокого иммунодефицита преимущественно за счет клеточного звена. Включение в комплексную терапию больных острым панкреатитом раннего энтерального питания способствует компенсации недостаточности клеточного компонента иммунных реакций и фагоцитоза, тем самым, сокращая срок реабилитационного периода.



**ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В
ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА**

**Маматов Б.Ю.1, Муминов Б.Э.2, Кузиев О.А.3, Исмаилов О.А.4, Махмудов А.Р.5
ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и неотложной
медицинской помощи, АГМИ1,2,3,4, анестезиолог-реаниматолог в отделение
нейрореанимации Андижанского филиала Республиканской научной центр
экстренной медицинской помощи4,5.**

Как правило, большинство пациентов оперированных по поводу колоректального рака, страдает от целого ряда сопутствующих заболеваний и предрасположены к возникновению тромботических осложнений в раннем послеоперационном периоде. Адекватное послеоперационное обезболивание позволяет снизить риск кардиоваскулярных, дыхательных и гастроинтестинальных осложнений, обеспечить раннюю мобилизацию пациентов, что в сочетании с медикаментозной профилактикой снижает риск появления тромбов.

Целью данного исследования проведение ретроспективного аудита послеоперационного обезболивания после лапароскопических операций при колоректальном раке.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ послеоперационного обезболивания 98 пациентов, 56 женщин и 43 мужчин, в возрасте от 39 до 74 лет (средний возраст 49,7 лет), с индексом массы тела (Kg/m²) 59-83 (в среднем 62.1), которым в течение 2019-2022 гг были выполнены лапароскопические операции по поводу колоректального рака. Операции выполнялись под тотальной эндотрахеальной анестезией севофлюраном или пропофолом с добавлением фентанила. В качестве релаксанта использовался атракурия безилат в стандартной дозировке. Все пациенты по шкале анестезиологического риска (ASA) находились в категориях ASA II-III, не имели в анамнезе хронической боли. Состояние пациентов, адекватность обезболивания, развитие осложнений и их лечение оценивалось на основании анализа анестезиологических протоколов, листов лечения боли, листов интенсивной терапии. Для послеоперационного обезболивания все пациенты получали перфолган (парацетамол) в дозе 1г 2 раза в сутки. 63 пациента - в сочетании с непофаном (акупан). У 5 пациентов имелись противопоказания к применению непофана (повышенные или пограничные значения креатинина крови). Парацетамол и непофан всем пациентам назначались регулярно внутривенно и внутри-мышечно. Кроме того, всем пациентам назначался «по требованию»-непофан (акупан) 20 мг. внутримышечно. Послеоперационная анальгезия была адекватной у всех пациентов: по 10-ти бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) ≤ 3 . Указанные выше значения были достигнуты у всех пациентов в первые три часа после операции. Пациенты находились в палате пробуждения или палате интенсивной терапии анестезиолого-реанимационного отделения, персонал которых, при необходимости, осуществлял титрование нужной дозы непофана (акупана). 19 пациентов не

нуждались в опиоидах вообще, у 17 пациентов наблюдалась потребность в непофане (акупане) и на следующий день после операции. Потребность в непофане (акупане) наблюдалась у 23 пациентов: 1 сутки – 16 пациентов; 2 суток - 4; 3 суток -2; 4 суток - 1 пациент. Дозы акупана колебались в крайне широких пределах и не были связаны с индексом массы тела пациента. Двум пациен-там потребовалось повторное хирургическое вмешательство: ревизия раны и диагностическая лапароскопия. Им необходимо было более длительное послеоперационное обезболивание. Наиболее часто встречающимся осложнением была послеоперационная тошнота и рвота: у 39 пациентов (47,1%). Нам не удалось выявить зависимость частоты и интенсивности послеоперационной тошноты и рвоты от факта применения или дозы введенного трамадола.

Результаты и обсуждение. Используемая методика проста в применении, позволяет добиться у всех пациентов адекватного послеоперационного обезболивания, учитывать их индивидуальные особенности и потребности. Столь значительный разброс в необходимых дозах Непофана (акупана) объясняется индивидуальными особенностями пациентов и не связан с хирургической техникой и массой тела. Выраженность боли и потребность в непофане в первые сутки - вопрос индивидуальной чувствительности пациента. Наличие выраженного болевого синдрома на второй и последующие дни после операции необходимо рассматривать как признак возможного хирургического осложнения: инфекции, несостоятельности швов, частичной или полной непроходимости кишечника. Полученных данных недостаточно, чтобы утверждать, что при данном типе операций частота и интенсивность послеоперационной тошноты и рвоты связана в первую очередь с выбором анестезиологического пособия, тем более нет оснований давать рекомендации по данному вопросу, который требует дальнейшего пристального изучения.

Выводы. 1. При выполнении лапароскопических операций при колоректальном раке послеоперационное обезболивание должно состоять из регулярного назначения перфолгана (парцетамола) в комбинации с акупаном при отсутствии противопоказаний.

2. Включение акупана в схему лечения, начиная со вторых суток, обосновано и целе-сообразно. 3. Мониторинг динамики болевого синдрома позволит заподозрить наличие хирургических осложнений на раннем этапе.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ РАННЕГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Матризаева Гулнара Джуманиязовна
Заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Во всем мире, а также у нас в стране частота невынашивание беременности - не снижаются, имеют значительную распространенность. Возраст беременной до 18 лет и старше 35 лет связан с увеличением частоты РНБ (ранее невынашивание



беременности). Неблагоприятным фактором является наличие у женщины тяжелых экстрагенитальных заболеваний. В последние десятилетия проведен ряд научных исследований, посвященных проблеме РНБ, что, казалось бы, должно снизить их частоту но в то же время, проблема остается актуальной.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ, проанализировав соматический и гинекологический анамнез женщин с ранним невынашиванием беременности.

Материалы и методы исследования: Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ 382 историй болезни больных наблюдавшихся в гинекологических отделениях Областного перинатального центра Хорезмской области и городского родильного дома города Ургенч.

Исследование проводилась у женщин с невынашиванием беременности в сроке до 13 недель. Возраст пациенток колеблется от 21 до 43 лет, средний возраст составил $23,4 \pm 1,12$ год.

Результаты исследования: На основании полноценно проведенного анализа истории болезней пациенток установлено, что в основном пациентки с невынашиванием беременности были городские жительницы которые составили 232 (61%) женщин и 150 (39%) жительницы села. Характер менструальной функции оценивали по среднему становлению менархе что составила $13,9 \pm 0,03$ в годах, количеству дней менструальных кровотечений что в среднем составило $4,26 \pm 0,07$; длительность менструального цикла (в днях) $29 \pm 0,21$, а также оценивали регулярность, болезненность и количество менструальной кровопотери. У трети женщин менструальный цикл был болезненным-альгодисменорея, возможно это связано с ранее перенесенными воспалительными заболеваниями гениталий, вмешательствами на матке и послеродовых осложнений. У четверти пациенток наблюдались обильные менструации, из них у 27 женщин наблюдались аномальные маточные кровотечения в анамнезе. Средний ИМТ обследованных женщин составлял $25,1 \pm 0,39$. Результаты ИМТ 382 истории болезней показали, что у 11 (2,9%) женщин была недостаточность массы тела, у 81 (21%) женщин избыточная масса тела, и 78 (20,4%) составили женщины с ожирением. Анализ наследственных заболеваний родителей и близких родственников показал: артериальная гипертония встречалась у 20,16%; варикозная болезнь у 21,2%; наследственная и приобретенная тромбофилия у 2,9%; инсульт/инфаркты у 3,9%; ожирение у 21,7%; сахарный диабет у 4,9%; бесплодие у 6,3%; патология щитовидной железы у 21,7%; системные заболевания у 5,5%. Самая частая патология была заболевания сердечно-сосудистой системы и эндокринная патология.

Закключение: Таким образом, по полученным нами данным было обнаружено, что среди соматической патологии у пациенток с ранним невынашиванием чаще наблюдалась сердечно-сосудистая патология а также патология щитовидной железы, а среди гинекологической патологии больше встречались воспалительные заболевания гениталий, осложненная беременность и роды что, безусловно, указывает на влияние экстрагенитальной патологии и гинекологической заболеваемости на формирование невынашивания беременности и важность своевременного обследования и лечения воспалительных заболеваний гениталий, предгравидарная подготовка, консультация эндокринолога и адекватное лечение

нарушений задолго до планирования беременности для профилактики осложнений во время беременности и родов.

КАК ПЕРЕЙТИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Матхошимов Н.С

**Ферганский филиал института переподготовки и повышения квалификации
специалистов по физической культуре и спорту**

Организм человека находится в одном из трех состояний: здоровом, донозологическом (заболевания) или больном. Человек воспринимает свое состояние по самочувствию. В здоровом и донозологическом состояниях у человека нормальное самочувствие. Нельзя человеку распознать по самочувствию здоровое и донозологическое состояние. Здоровое состояние организма определяется по частотно-резонансной диагностике. Здоровый организм состоит из здоровых клеток. Здоровая клетка имеет собственную частоту вибраций. Если вибрации клеток имеют другую частоту и длину волны, то при нормальном самочувствии организм находится в состоянии заболевания. Современная медицина не в состоянии на стадии заболевания восстановить здоровое состояние лекарствами, инъекциями, физиопроцедурами, массажем. Все мероприятия медицины направлены на нормализацию гомеостаза по таким параметрам как температура, ритм пульса, давление, биохимический состав крови, кислотно-щелочной баланс жидких сред организма и другие, в случае их отклонения от нормы, чтобы ввести организм в режим самосохранения.

У медицины нет целостного подхода к сложной сущности человека. У нее специализированный подход. Она считает, что человек отвечает за свое здоровье сам, пока не заболел серьезно. Здоровых детей рождается на текущий период 50-60%.

Здорового состояния человек достигает поэтапно: освоением щелочного стиля жизни для нормализации кислотно-щелочного баланса биологических сред организма, развитием и осуществлением оздоровительных способностей для достижения здорового состояния, приобретением и осуществлением навыков здоровья сбережения и опыта здоровой жизнедеятельности.

Человек – это душа живая, разум, дух и тело. Тело является обетованием души, духа и разума. Живое тело составляют энергетические, физиологические и анатомические системы. Здоровый организм состоит из здоровых клеток. Здоровая клетка имеет частоту 8 герц и длиной волны 8 метров. Биопараметры здоровых клеток определяются на основе частотно-резонансной диагностики. Здоровье человека – это психофизиологическое состояние с уравновешенной психикой и функционированием организма на собственной частоте клеток 8 герц и длиной волны 8 метров.

Щелочной стиль жизни включает общение с природой, гигиену, очищение организма, гармоничную музыку, мероприятия по духовному совершенствованию, щелочное питание.

На природе у человека уравновешивается психика, улучшается самочувствие и нормализуется кислотнощелочной баланс биологических сред организма в



зависимости от состояния жизненных систем организма. Социальную жизнедеятельность нужно совмещать общением с природой для поддержания хорошего самочувствия.

Гармоничная музыка через волновой геном нормализует обмен веществ и улучшает качество клеток, улучшает самочувствие. Дисгармоничная музыка разрывает хромосомы, нарушает обмен веществ, ухудшает качество клеток. Ведет организм к заболеванию.

Мероприятия по духовному совершенствованию поддерживают кислотнощелочной баланс всех биологических сред организма и самочувствие человека на духовном уровне и делают жизнь человека радостной.

Для поддержания кислотно-щелочного баланса нашего организма необходимо щелочное питание. Щелочное питание состоит на 80 % из щелочных продуктов, как фрукты и овощи, и на 20 % из еды кислой, как углеводы и протеины. Для переваривания щелочных продуктов вырабатывается поджелудочный сок, а для кислой еды желудочный сок.

Щелочные продукты: Овощи, Зелень, Травы, Семена и побеги, Кабачки, Авокадо, Редька, Репа, Свёкла, Морковь, Свежие фрукты, Миндаль, Сухофрукты (сушеные естественным образом): изюм, фиги, финики, курага, Травяные и фруктовые настои. Абрикосы свежие, Яблоки свежие, Бананы спелые, Виноград, Виноградный сок, Персики, Вишни, Сок лимонный натуральный, Сок апельсиновый натуральный, Арбузы, Дыни, Чернослив, Изюм, Финики, Смородина, Клюква, Ягоды (всякие), Фрукты (почти все), Капуста, Сельдерей, Огурцы свежие, Лук, Зеленый горошек, Редис, Перец сладкий, Помидоры свежие, Свекла свежая, Морковь, Овсяная крупа, Молоко цельное, Сыворотка молочная, Крупа гречневая.

Наибольшими щелочными свойствами обладают: свежие огурцы, байховый чай, цитрусовые, яблоки, сливы, вишни, персики, зеленый горошек, стручковая фасоль, арбузы, дыни, кабачки, свежие помидоры, редис, редька, морковь, молоко и жидкие кисломолочные продукты.

Кислотные продукты: Мясо, курица, рыба, икра. Злаковые: рис, рожь, ячмень. Кукуруза, картошка, соя и её производные. Мучные изделия: хлеб, торты, печенье, макароны. Яйца, зернобобовые культуры. Орехи за исключением миндаля. Масличные семена (подсолнечник, тыква, арахис). Сахар и всё, что его содержит: напитки, сладости. Жиры: маргарин, сливочное масло, растительное масло. Шоколад, чай и кофе. Газировка, алкоголь. Виноградный сок с сахаром, сливы маринованные, сок лимонный подслащенный, фрукты вареные (с сахаром). Ячневая крупа, ячмень, крахмал, хлеб черный, хлеб белый. Земляные орехи, сыр твердый, сливки.

Наиболее кислыми продуктами считаются: мясо, рыба, сыры, яйца, колбасные, кондитерские и хлебобулочные изделия, все жиры животного происхождения, орехи, крупяные и макаронные блюда, сахар, брусника.

Чтобы вкусовые предпочтения не нарушали кислотно-щелочной баланс, вырабатывайте привычку: «Всегда искать вкусное среди полезного и полезное - среди вкусного!»

Гигиена предостерегает человека от излишнего загрязнения организма. Тем не менее, нужна периодическая чистка его.

Очищение организма. Перед употреблением пищи нужно чистить зубы. Чистите зубы не менее 10-15 минут с легким нажатием до появления специфического сладковатого привкуса во рту, который свидетельствует о том, что зубной налет начал растворяться. Необходимо также почистить ротовую полость и счистить щеткой налет с языка и его корня – это также освежает дыхание. Для чистки языка можно использовать чайную ложку. По окончании процедуры прополощите рот теплой, можно чуть кислой водой. Очистите нос. Через слизистые органы - рот, нос, горло – происходит выделение шлаков из организма.

Думать о здоровье, стремиться к здоровому состоянию, должно быть привычкой каждого.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.

Махманазаров О.М., Ураков Ш.Т.

Бухарский государственный медицинский институт им Абу Али Ибн Сино

Актуальность. При подготовке к операциям и в послеоперационном периоде при острой кишечной непроходимости (ОКН) у больных с циррозом печени (ЦП), важное значение имеет изучение изменений системной гемодинамики: сердечного выброса (СВ), объема циркулирующей крови, артериального давления (АД) и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Одним из факторов, способствующих развитию гипердинамического кровообращения при ЦП, является синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке.

Цель исследования. Оценить роль синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке в развитии гемодинамических сдвигов при ОКН у больных циррозом печени.

Материал и методы. В исследование были включены 52 больных ОКН с циррозом печени и 16 клинически здоровых лиц, составивших контрольную группу. У всех обследованных проведены диагностика СИБР с использованием водородного дыхательного теста с лактулозой, определение уровня С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови и эхокардиографическое исследование с одновременным определением артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений, рассчитаны основные гемодинамические показатели: среднее АД, сердечный выброс (СВ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС).

Результаты. Включенные в исследование больные ОКН и ЦП и клинически здоровые лица были сравнимы по возрасту ($48,9 \pm 12,9$ года vs $46,7 \pm 7,7$ года; $p = 0,541$), индексу массы тела — ИМТ ($25,0 \pm 3,4$ кг/м² vs $26,2 \pm 4,5$ кг/м²; $p = 0,278$) и полу (мужчины/женщины: 24/26 vs 6/9; $p = 0,789$). ЦП был компенсированным (класс А по Child-Pugh) у 20 человек, декомпенсированным у 32 человека, в том числе класса В у 20, класса С у 13 человек. СИБР выявлен у 26 (50%) больных ЦП, которые составили группу ЦП-СИБР(+), а больные ЦП без СИБР вошли в группу ЦП-СИБР(-). Группы ЦП-СИБР(+) и ЦП-СИБР(-) также были сравнимы по возрасту ($49,1 \pm 12,9$ года vs $48,7 \pm 13,3$ года; $p = 0,904$), ИМТ ($25,2 \pm 4,2$ кг/м² vs $24,7 \pm 3,2$ кг/м²; $p = 0,636$), полу (мужчины/женщины: 13/13 vs 11/13; $p = 0,785$) и тяжести течения ЦП (баллы по Child-



Pugh: $8,31 \pm 2,40$ vs $7,83 \pm 2,14$; $p=0,465$). СИБР был выявлен у 45% (9 из 20) больных компенсированным ЦП и 46,9% (15 из 32) больных декомпенсированным ЦП.

ФВ была значимо ниже у больных ЦП независимо от наличия СИБР, который не оказывал на нее значимого влияния. Это свидетельствует в пользу того, что при ЦП наблюдается незначительное снижение систолической функции ЛЖ, но оно не связано с наличием СИБР.

У больных ОКН с циррозом печени с СИБР, по сравнению с больными ОКН с циррозом печени без СИБР, были ниже среднее АД ($82,7 \pm 9,0$ мм рт. ст. vs $92,0 \pm 14,0$ мм рт. ст.) и ОПСС ($16,4 \pm 4,4$ мм рт. ст. $\times$ мин/л vs $21,3 \pm 5,3$ мм рт. ст. мин/л), а также выше СВ ($5,38 \pm 1,41$ л/мин vs $4,52 \pm 1,03$ л/мин) и концентрация СРБ в плазме крови ($1,2 \div 10,5 \div 16,5$ мг/л vs $0,6 \div 2,8 \div 9,1$ мг/л). СИБР приводил к подобным изменениям только у больных ОКН декомпенсированным ЦП. При этом значимые гемодинамические нарушения практически не выявляли у больных ОКН декомпенсированным ЦП без СИБР и ОКН компенсированным ЦП независимо от наличия СИБР. У больных ОКН с циррозом печени выявлена значимая корреляция концентрации СРБ в плазме крови с ОПСС ($r = -0,367$; $p = 0,009$) и СВ ($r = 0,313$; $p = 0,027$), но не со средним АД ($r = -0,227$; $p = 0,113$).

Выводы.

СИБР при ЦП играет важную роль в развитии вазодилатации, артериальной гипотензии и гипердинамического кровообращения.

Гипердинамическое кровообращение (повышенное СВ), артериальная гипотензия (снижение САД, ДАД и СрАД) и артериальная вазодилатация (снижение ОПСС) развиваются практически только у больных декомпенсированным ЦП с СИБР.

Системное воспаление развилось в основном у больных ОКН декомпенсированным ЦП с СИБР, которая приводит к увеличению интенсивности системного воспаления независимо от степени компенсации ЦП.

Поскольку эти гемодинамические нарушения усугубляют течение портальной гипертензии, терапия, проводимая с целью устранения СИБР, может уменьшить ее выраженности, что имеет важное значение в периоперационной подготовке при ОКН у больных ЦП.

РОЛЬ ДИАГНОСТИКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

Н.И.Махмудов, Туланов Ш.А., Фозилов М.Т

**Ферганский медицинский институт общественного здоровья Ферганский
филиал РНЦЭМП.**

Актуальность проблемы: среди пациентов, госпитализированных в стационары неотложной хирургии, до 50% составляют больные с подозрением на острый аппендицит, при этом диагностические ошибки достигают 25%. Несмотря на проявление новых методов диагностики и лечения данного заболевания, количество «напрасных» аппендэктомий при гистологическом отсутствии воспалительных изменений в червеобразном отростке составляет 17-43%.



Цель исследования.: определить роль диагностикой лапароскопии в диагностике острого аппендицита и как метод выбора хирургического лечения.

Материалы и методы- проведен ретроспективный анализ лечения 1338 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении в отделении экстренной хирургии Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2020 г по 2024 гг. в экстренном и срочном порядке. Критерий включения: все пациенты, у которых в диагнозе звучал диагноз острый аппендицит. I группа: 638 больных, находившиеся на стационарном лечении в 2020 г., 279 мужчин (43.7%), 359 женщин (59%), II группа: 700 больных, находившиеся на стационарном лечении в 2021 г., 287 мужчин (41%), и 413 женщин (59%). Средней возраст в первой группе составляет 29 лет, и 32 года-во второй. В первой группе удельный вес диагностической лапароскопии составил 9 %, тогда как во второй группе этот показатель составил 11,6%.

Результаты.: Благодаря внедрению диагностической лапароскопии удалось снизить количество катаральных форм острого аппендицита в 4 раза с 19.1% до 4.3% тем самым снизилось количество аппендэктомий во второй группе составил 42.4% (167 операций), тогда как в первой группе лапароскопические аппендэктомии не выполнялись. Осложнения после лапароскопических аппендэктомии составил 4.2 %: послеоперационный инфильтрат-1.8%, нагноение троакарной раны-2.4%. Послеоперационные осложнения после традиционной аппендэктомии выше и составили 5.2%.

Выводы.: Диагностическая лапароскопия является наиболее точным методом диагностики острого аппендицита и позволяет определить оптимальный метод хирургического лечения.

Таким образом, основным методом диагностическая лапароскопия остается ценным со снижением «напрасных» аппендэктомии в диагностики острого аппендицита.

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Махмудов Н.И., Туйчиев Б.А., Туланов Ш.А.

**Ферганский медицинский институт общественного здоровья Ферганский
филиал РНЦЭМП**

Введение: В последние годы отмечен рост числа больных с сочетанной травмой, при которой сохраняется высокий уровень летальности (от 25% до 60%) в зависимости от характеристики повреждений, не имеющей тенденции к снижению.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения повреждений печени и селезенки у больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ) с помощи малоинвазивной технологии.

Материалы и методы: В исследовании включено 331 пациент с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ, проходивших стационарное лечение в хирургических стационарах Ферганского филиала РНЦЭМП за период с 2019 по 2023 год. На

основании исследования историй болезни не оперированных больных (54 пациента) и прооперированных больных (246 пациентов) с повреждениями печени и селезенки при ЗТЖ были определены критерии возможности проведения сугубо консервативного лечения. Критериями отказа от операций явились: наличие сознания, стабильная гемодинамика, состояние по шкале APACHE II меньше 10, отсутствие перитонита, степень тяжести повреждения печени и селезенки по шкале OIS меньше 3, гемоперитонеум менее 500 мл, отсутствие коагулопатии.

В группу наблюдения включен 31 пациент, которые соответствовали вышеназванным критериям и им проводилось консервативное лечение. Еще раз подчеркнем, что никаких хирургических вмешательств, включая лапароскопию, в этой группе пациентов не выполнялись.

Результаты: В итоге летальность составила 3,2% - 1 пациент, осложнения отмечены у 3 пациентов (9,6%), длительность койко-дня (изолированная травма) – $8.4 \pm 2,36$ дней. Причиной летального исхода и возникновения осложнений явилась тяжелая черепно-мозговая и скелетная травма.

Заключение: Проведенное исследование показывает, что предложенная тактика дифференциального подхода позволяет у 15% пациентов, поступающих с закрытой травмой живота и повреждением печени и селезенки по шкале OIS от 1 до 3 избежать ненужных лапаротомий и улучшить результаты лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА

**Махмудов Н.И., Умурзаков О.Э., Исмаилова М.И
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Осложненный эхинококкоз легких ставит перед врачами заметные проблемы, связанные с диагностикой и лечением больных с данной патологией.

Под нашим наблюдением в отделении экстренной торакальной хирургии за период 2020 -2023 гг. находилось 36 больных с осложненными формами эхинококкоза легких в возрасте от 4 до 62 лет. Прорыв эхинококковых кист в бронхиальное дерево наблюдалось у 24 больных, легочное кровотечение или кровохарканье – у 20 больных, нагноение полости кисты - у 6, прорыв кисты в плевральную полость – у 5.

Всем больным с осложненными формами эхинококкоза легких произведено в общей сложности до 250 бронхоскопических исследований с помощью гибкого фибробронхоскопа фирмы «Olympus». Это исследование позволило уточнить диагноз, локализацию пораженного очага и выявить источник кровотечения. С помощью фибробронхоскопа нами производилось активное отсасывание излившейся в бронхиальное дерево эхинококковой жидкости, обладающей аллергическим воздействием, введение антибиотиков и ферментов в пораженную долю. У 9 (25 %) больных при диагностической бронхоскопии удалось обнаружить хитиновые оболочки, обтурирующие бронх. 10 (27,8 %) больным с выраженной дыхательной недостаточностью, на фоне опорожнившихся в бронхиальное дерево гигантских кист,

санационная фибробронхоскопия позволила значительно улучшить состояние и уменьшить токсическое воздействие эхинококковой жидкости.

В предоперационной подготовке и во время операции больным неоднократно выполнялась санационная бронхоскопия для скорейшего очищения и опорожнения эхинококковых кист. Данная методика использовалась для профилактики интраоперационных осложнений в виде затека содержимого полости кисты в здоровое легкое. В послеоперационном периоде бронхоскопическое исследование выполнялось для удаления сгустков крови, обтурирующих просвет бронхов, мокроты и для динамического наблюдения за состоянием трахеобронхиального дерева.

Осложнениями фибробронхоскопии были: бронхоспазм - в 3 случаях, кровотечение со слизистой бронхов – в 4. При анализе небольшого опыта работы с осложненным эхинококкозом легких мы пришли к выводу, что фибробронхоскопия играет немаловажную роль в диагностике и лечении данной патологии.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.

МАХМУДОВ Ш.С

Кафедра Клинической анатомии Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино, Республика Узбекистан, 200118, город Бухара, улица. Навои 1. Научный руководитель – Хамроев Худойшукур Нутфиллоевич.

METHODS FOR TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITIASIS

MAXMUDOV SH.S

Department of Anatomy Clinics of the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Republic of Uzbekistan, 200118, Bukhara city, street. Navoi 1. Scientific supervisor – Khamroev Khudoysshukur Nutfilloevich.

Аннотация: В статье описаны проблемы диагностики, профилактики и лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) у людей с одинаковых возрастных групп. Приводятся данные статистики заболеваемости в пределах Бухарского региона. Рассматриваются современные методы лечения холедохолитиаза, которые применяются в настоящее время в Республики Узбекистан в больницах хирургического профиля. В процессе изучения различных методов лечения таких заболеваний как ЖКБ и холедохолитиаз, мы пришли к выводу что до сих пор не найден идеальный метод лечения этих заболеваний.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, консервативное лечение, хирургическое лечение, ультразвуковое исследование (УЗИ), эндосонография (ЭУС), лапароскопическая холецистэктомия, малоинвазивные технологии.

Abstract: The article describes the problems of diagnosis, prevention and treatment of cholelithiasis (GSD) in people from the same age groups. The data of morbidity statistics within the Bukhara region are given. Modern methods of treatment of choledocholithiasis, which are currently used in the Republic of Uzbekistan in surgical hospitals, are considered.



In the process of studying various methods of treating diseases such as cholelithiasis and choledocholithiasis, we came to the conclusion that the ideal method for treating these diseases has not yet been found.

Keywords: cholelithiasis, choledocholithiasis, conservative treatment, surgical treatment, ultrasound examination (US), endosonography (EUS), laparoscopic cholecystectomy, minimally invasive technologies.

Цель исследования: цель настоящей статьи является сбор, обобщение, а также оценка эффективности основных методов лечения пациентов с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом. Анализ подобной информации позволит усовершенствовать ранее разработанные аппараты, а также создать методики и приборы, основным преимуществом которых будет снижение травматизма при оперативных вариантах лечения и уменьшение числа осложнений.

Purpose of the study: the purpose of this article is to collect, summarize, and evaluate the effectiveness of the main methods of treating patients with cholelithiasis complicated by choledocholithiasis. The analysis of such information will make it possible to improve previously developed devices, as well as to create methods and devices, the main advantage of which will be a reduction in injuries during surgical treatment options and a decrease in the number of complications.

Введение. Проблема лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в последние годы приобрела особую актуальность в связи с продолжающимся ростом частоты осложнений. ЖКБ выявляется у 5,3—40% населения [1,2]. Несмотря на неуклонный рост и совершенствование хирургических вмешательств при ЖКБ, частота осложнений как заболевания, так и самих операций остается на высоком уровне. В частности, частота холедохолитиаза варьирует от 10 до 35%, причем этот показатель увеличивается с возрастом больных [3,4,5]. С развитием малоинвазивных технологий эндоскопические, лапароскопические, минилапаротомные операции стали методами выбора в лечении холедохолитиаза, однако до сих пор нет единого стандарта лечения данной категории больных. Повторные операции на желчных протоках не только сложны в техническом исполнении, но и в большинстве случаев сопровождаются высокой летальностью (7—17%) [6, 7]. Отсюда очевидна актуальность разработки малотравматичной литоэкстракции из общего желчного протока, а также способов его дренирования, в особенности при наличии у пациентов множественного крупного холедохолитиаза. [8, 9].

На сегодняшний день результаты лечения больных с этой патологией нельзя считать удовлетворительными, что делает необходимым поиск новых и усовершенствование имеющихся способов лечения данной патологии.

Холедохолитиаз возникает у 8–20% больных ЖКБ, при этом в 60–70% случаев развивается механическая желтуха различной степени выраженности. [10,11].

Отсутствие общепризнанной тактики и многообразие подходов в лечении холедохолитиаза играет основную роль в развитии многочисленных осложнений и летальных исходах, что подчеркивает актуальность данной проблемы, заставляя искать новые пути оптимизации лечебно-диагностического алгоритма больных холедохолитиазом и рационализации выбора хирургических технологий. [12,13].



Материалы и методы: Исследование проводили на базе РНЦМЭПБф за период с 2020 по 2022 годы. Работа основана на ретроспективном и проспективном анализе историй болезни 60 пациентов с подозрением на холедохолитиаз. Критериями отбора явились предикторы, разработанные ранее для обоснования селективного применения интраоперационной холангиографии. Учитывая цели и задачи настоящего исследования, все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от включенного в общепринятый алгоритм диагностики холедохолитиаза (клинические и биохимические анализы крови, УЗИ, ЭГДС) дополнительного метода исследования. Сформированные группы подвергались многофакторным исследованиям. Учитывались методы дополнительной диагностики, типы оперативных вмешательств, возраст и пол. В группе I, выполнены, помимо стандартных методов диагностики, Группа I представлена пациентами, дополнительно обследованных эндоскопической ультрасонографией (40 пациентов). В группе II, контрольная группа, представлена пациентами обследованных стандартными методами исследования (20 пациентов).

Результаты и обсуждение: Группы однородны по возрастным и половым признакам. Средний возраст больных I группы составил - 61,9±1 год; II группы – 59±1; В группах преобладали больные женского пола – 3:1. Достоверность различий $P < 0,005$. Для ЭУС эти показатели составили соответственно 93,1%, 90,7% и 94,5%. Диагностическая точность комплексного обследования 98,9%. Диагностическим критерием информативности ЭУС в выявлении холедохолитиаза выбрана ЭРХПГ.

Внутренняя декомпрессия и санация желчных протоков путем ЭПСТ в сочетании с литоэкстракцией выполнены у 40 (52,8%) больных. У 20 (4,1%) пациентов с вклиненными конкрементами БДС была выполнена эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия (ЭХДС). У 18 (43,1%) пациентов не удалось на первом этапе устранить холедохолитиаз путем ЭПСТ. В целях декомпрессии желчных протоков у этих больных выполнялась наружная декомпрессия. Из них у 12 (36,5%) пациентов выполнялась чрескожно – чреспеченочное дренирование желчных протоков (ЧЧХГС), а у 6 (6,6%) пациентов – чрескожно – чреспеченочное дренирование желчного пузыря (ЧЧХС) под ультразвуковым и рентгентелевизионным контролем.

Результаты и обсуждение у 34 (35,4%) больных оперативное вмешательство выполнялось в экстренном порядке. Из них у 32 больных холецистэктомия выполнялась лапароскопическим доступом, у 16 больных – из минилапаротомного доступа, у 12 больных лапаротомным способом.

Этапный способ хирургического лечения применялся у 40 (64,6%) больных при отсутствии положительного эффекта от проведенной консервативной терапии в течение 6-12 часов. Первым этапом лечения у данных пациентов выполнялась микрохолецистостомия чрескожным способом под контролем ультразвука.

Холецистэктомия выполнялась вторым этапом после стихания воспалительного процесса в желчном пузыре и компенсации тяжелых сопутствующих заболеваний. В ходе исследования нами были изучены сроки деблокирования полости желчного пузыря и стихания воспалительного процесса в желчном пузыре, динамика восстановления функционального состояния печени в зависимости от степени тяжести печеночной недостаточности после дренирования желчного пузыря и



внепеченочных желчных протоков на основании клинико-лабораторных данных и инструментальных методов исследования.

Течение воспалительного процесса в желчном пузыре контролировали ультразвуковым исследованием в динамике. Показателями деблокирования желчного пузыря явились наличие поступления желчи по холецистостомическому дренажу, отхождение конкремента от шейки желчного пузыря, а также контрастирование желчных протоков при фистулохолецистографии.

Выводы: Комплексное использование ЭУС в диагностике холедохолитиаза позволяет получить наиболее полную информацию о состоянии внутри и внепеченочных желчных протоках.

Оптимизация диагностической программы позволяет улучшить результаты хирургического лечения холедохолитиаза за счет обоснованного применения оперативного вмешательства. Уменьшение количества «ненужных» операций приводит к снижению частоты осложнений.

Выбор рациональной хирургической тактики напрямую зависит от результатов диагностики. В случае выявления холедохолитиаза предпочтительным является ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией.

Таким образом, с широким внедрением в практику чрескожных и эндоскопических методов и операций малым доступом появились новые возможности в лечении больных с желчно-каменной болезнью и ее осложненными формами. Реализованная тактика этапного лечения, а также широкое применение малоинвазивных технологий позволили нам уменьшить летальность.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ.

К. Машарипов.

Ургенчский филиал Ташкетский медицинский академии.

Современное состояние проблемы синдрома жировой эмболии (СЖЭ) при политравме характеризуется нерешенностью вопросов и недостаточным отражением в литературе данных о специфике прогнозирования, ранней объективной диагностики, несовершенством и недостаточной представленностью схем рациональной патогенетической обоснованной профилактики травматической ЖЭ.

В нашей клинике Хорезмский филиала РНЦЭМП отделении сочетанной травмы разработан, апробирован и применяется «Способ профилактики СЖЭ у пострадавших с политравмой при переломах длинных трубчатых костей»

Цель и задачи исследования. Цель состоит в повышении эффективности профилактики синдрома жировой эмболии при политравме с переломами длинных трубчатых костей. Поставленная цель достигается путем проведения пункции гематомы в зоне перелома, иммобилизационного остеосинтеза, медикаментозной коррекции нарушений гомеостаза, способствующих развитию СЖЭ.

Сущность предлагаемого способа заключается в следующем: производят пункцию

гематомы в зоне перелома для снятия напряжения в костно-фасциальном футляре, затем

производят иммобилизацию длинных трубчатых костей с применением внеочагового

osteosинтеза посредством стержневого аппарата или аппарата Илизарова по принципу малоинвазивного иммобилизационного остеосинтеза, как 1-го этапа последовательного остеосинтеза.

Для профилактики риска развития у пациента синдрома жировой эмболии проводят лечение по следующей схеме: вводят внутривенно 200 мг раствора мексидола на

200 мл изотонического раствора два раза в сутки, в течение 3-х дней, а последующие

2 суток – по 200 мг 2 раза в день внутримышечно. Кроме того, пациент получает эссенциале 40 мл в сутки внутривенно, гепарин (при отсутствии противопоказаний) по 5000 ед. 4 раза в сутки подкожно под контролем свертываемости крови в течение 5 суток. Данные препараты в таком сочетании ранее не использовались, именно предлагаемая в качестве изобретения схема профилактики СЖЭ дает положительный результат. Применение раствора мексидола для поставленной в изобретении цели является новым. Способ позволяет предотвратить развитие СЖЭ за счет окисления образующих жировую глобулу липидных компонентов и образования их водорастворимых форм, что приводит к деструкции самой капли жира.

Повышение давления в зоне перелома и внутри костно-мозгового канала является индуцирующим фактором СЖЭ. Поэтому пункция с аспирацией в зоне перелома

способствует снятию напряжения в зоне перелома и соответственно в костно-мозговом

канале, тем самым снижается возможность попадания жировых эмболов в сосудистое русло, за счет разности давления.

Применение способа профилактики по указанной выше схеме у 32 пациентов, с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата, способствовало профилактике развития ЖЭ, лишь у 3 пациентов отмечали проявление ЖЭ в виде кратковременного появления петехиальных высыпаний. Таким образом, становится очевидным, что особую сложность представляет собой ранняя диагностика ЖЭ, в связи с отсутствием четкой клинической картины и патогномоничных симптомов, а лабораторная диагностика малоспецифична. Жировая эмболия встречается гораздо чаще, чем диагностируется, и может возникнуть при любом критическом состоянии.

Выводы. Предложенный способ позволяет предотвратить развитие СЖЭ за счет снижения внутрикостного давления в зоне перелома, инактивации перекисного окисления

липидов, снижения дефицита высоконасыщенных фосфолипидов, которые являются

естественными эмульгаторами жиров, и подавления агрегации тромбоцитов.

ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

К. Машарипов.

Ургенчский филиал Ташкетский медицинский академии.

Известно, что анестезиологическое обеспечение влияет не только на успех оперативного вмешательства, но и на течение раннего послеоперационного периода. Не являются исключением и артроскопические операции на коленном суставе. Основная задача

анестезиолога не только минимизировать риск нарушений жизненно-важных функции и обеспечить защиту от операционного стресса, но и создать благоприятные условия для работы оператора и ведение пациента в раннем послеоперационном периоде. Травматологи-ортопеды под такими условиями подразумевают адекватное обезболивание пациента и наименьший риск для здоровья больного, а также удобство технического исполнения операции. Цель исследования. Оценить эффективность применения общей комбинированной (ОКА) и спинальной анестезии (СА) при проведении артроскопических вмешательств на коленном суставе.

Материалы и методы. Исследованы данные о 84 пациентах, из них 48 при ретроспективном изучении историй болезни. Возраст обеих групп 25+55 лет.

В зависимости от вида анестезии, были выделены 2 группы. I группа (n=28) составили больные, которым проводилась ОКА с ИВЛ, индукция выполнялась пропофолом, фентанилом, рокурония бромидом, поддержание анестезии – севоран, фентанил. II группа (n=56) составили люди,отказавшиеся или имеющие противопоказания к ОКА. Им была выполнена СА с внутривенной седацией комбинацией препаратов (бупивакаин, пропофол). Группы сопоставимы по возрасту и наличию сопутствующих патологий.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов оценивалась скорость пробуждения, гемодинамика, уровень боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), срок активизации, имеющиеся осложнения и некоторые особенности.

Результаты и обсуждение. В I группе пациентов скорость пробуждения варировалась от 5 до 20 минут, активно проявлялись гемодинамические реакции (артериальная гипертензия). Появление болевого синдрома, 5-7 баллов согласно ВАШ, пациенты отмечали уже через 3-5 минут после пробуждения. Активация пациентов (передвижения по палате) наступала, в среднем через 4-6 часов после операции. Во II группе мы наблюдали пробуждение в среднем через 5 минут после прекращения инфузии пропофола. Гемодинамические показатели оставались в пределах исходных значений. Активные боли 4-6 баллов по ВАШ, отмечались через 1.5-2.5 часа после выполнения СА. Активация пациентов происходила не раньше, чем на следующий день после операции, ввиду профилактики постпункционной головной боли. Однако стоит учесть, что во время реконструктивных операций из-за продолжительного нахождения в вынужденной позе, пациенты периодически осуществляли активные движения, что мешало работе травматолога-ортопеда. А

комфортное течение послеоперационного периода нарушает резкое появление выраженного болевого синдрома после окончания действия СА.

При использовании спинальной анестезии обращала на себя особое внимание повышенная кровоточивость во время длительных реконструктивных артроскопических операций на коленном суставе, которые проводились без использования турникета. Это

также нашло отражение в более длительном активном дренировании коленного сустава

после подобных операций (2 суток), относительно большем отеке, как самого коленного сустава, так и места забора сухожильного и костно-сухожильного аутотрансплантата

(в частности при первичной и ревизионной артроскопической реконструктивной пластике крестообразных связок), требовало коррекции необходимой антикоагулянтной терапии. У ряда пациентов данной группы длительное время после операции сохранялся гемартроз коленного сустава и лихорадка, что в свою очередь требовало проведения пункции коленного сустава, коррекции стандартной антибактериальной терапии и повышало риск гнойно-септических осложнений. Выводы. 1. При планировании тактики анестезиологического обеспечения артроскопических операции на коленном суставе важно учитывать не только состояние здоровья пациента, но и удобство хирурга, специфическое положение больного на операционном столе, объем, длительность и особенность оперативного вмешательства. 2. С точки зрения лекарственного воздействия спинальная анестезия наиболее благоприятна и может использоваться у пациентов с сопутствующей кардиологической патологией. Однако наиболее предпочтительной для врача травматолога-ортопеда является ОКА в связи с возможностью максимальной релаксации больного, относительно лучшего течения гемостаза и состояний связанных с ним. 3. С учетом фармакодинамики и фармакокинетики препаратов для местной анестезии (резкое окончание их действия) в раннем послеоперационном периоде требуется четкая схема обезболивания пациента и согласованность терапии с лечащим врачом.

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Машрабова З.М.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) - одно из самых распространенных заболеваний глаз, угрожающих значительным снижением зрения, слепотой и инвалидностью. Заболевание представляет собой двусторонний хронический дистрофический процесс с преимущественным поражением хориокапиллярного слоя хориоидеи, стекловидной мембраны Бруха и слоя пигментного эпителия сетчатки.

За последнее время это заболевание диагностируется не только в пожилом, но и в молодом возрасте, что приводит к первичной инвалидности в 11% случаев у лиц трудоспособного возраста, а у пожилых - 28% случаев. **Целью** нашего исследования

явилось изучение клинических факторов риска возникновения ВМД. **Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 25 больных с ВМД, находившихся на стационарном лечении в АОКБ. Возраст больных колебался от 41 до 75 года. Мужчин было 10 (40%), женщин - 15 (60%). Всем больным выполняли стандартное офтальмологическое обследование. **Результат исследования.** По данным проведенного анализа больные были распределены по возрасту: 48-64 года - 5 человек (20%), 64-74 - 9 (36%), свыше 74 лет - 11 человек (44%). Соотношение городских и сельских жителей составило 76% и 24% соответственно. Большинство госпитализированных - пенсионеры 70% (18 человек), на служащих приходилось 30% (7 человек). Вес больных колебался от 65 до 98 кг: у 2 пациентов (8%) вес - до 70 кг, от 70 до 80 кг - у 10 (40%), вес свыше 80 кг имели 13 человек, что составило 50%, при этом у 20 больных (80%) отмечено наличие избыточной массы тела (индекс ИМТ > 25,0 кг/м²). Отмечено, что наиболее часто ВМД встречается у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 68%, в т.ч.: артериальная гипертензия - 35% (6), атеросклероз - 24% (4), атеросклероз с артериальной гипертензией - 24% (4), ИБС - 17% (3). 24% (6 больных) имели заболевания ЖКТ (холециститы - 4, панкреатиты - 1, гастриты - 1), у одного больного - сахарный диабет длительностью более 10 лет, 1 пациент - с заболеваниями почек (гломерулонефрит).

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что ВМД встречается чаще (76% случаев) у городских жителей, в 60% - у женщин, у людей с избыточной массой тела (80%), у пациентов, имеющих сопутствующую патологию.

ПРИНЦИПЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА

Муминов Б.Э.1, Эргашев Х.М.2, Адихамжонов Ш.Б.3, Хасанов К.У.4, Шерматов А.А.5, Исмаилов О.А.6, Каримов А.А.7, Ахмедов М.Х.8

**Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной
медицинской помощи, АГМИ1,2,3,4,6 Андижанский филиал Республиканского
научного центра экстренной медицинской помощи3,5,6,7,8.**

Актуальность проблемы. Артроскопические операции на плечевом суставе на сегодняшний день относятся к хирургии «одного дня», что предъявляет особые требования в их анестезиологическому обеспечению.

Цель работы. Выявить основные принципы анестезиологического обеспечения артроскопических операций на плечевом суставе

Материал и методы. Проведен анализ 213 артроскопических оперативных вмешательств на плечевом суставе, выполненных в «РНЦЭМП АФ» за период 2018-2021 гг. До артроскопических операций допускались пациенты I - III кл. по ASA, с индексом массы тела менее 40, с гипертонической болезнью I - II ст., при отсутствии в анамнезе цереброваскулярных заболеваний, и декомпенсированного сахарного диабета.

Полученные результаты. Анализ полученных результатов позволил выявить пять



основных принципов анестезии при артроскопических операциях на плечевом суставе.

1. Анестезия. В подавляющем большинстве случаев использовалась сочетанная анестезия - блокада плечевого сплетения межлестничным доступом и выключение сознания путем ингаляции севофлурана или внутривенным введением пропофолла. Блокада выполнялась с использованием нейростимуляции и УЗ-навигации. В качестве местного анестетика использовали 10-20 мл 0,75% раствора ропивакаина. Поддержание проходимости верхних дыхательных путей обеспечивалась либо ларингеальной маской, либо интубацией трахеи. В случаях интубации трахеи в индукции однократно использовали 100 мкг фентанила и 50 мг рокурониума. В течение операции повторное введение миорелаксантов не требовалось. ИВЛ осуществляли с использованием вспомогательных режимов. Блокада плечевого сплетения позволила во время операции отказаться от наркотических анальгетиков и миорелаксантов, что обеспечивало плавное течение анестезии и быстрое пробуждение пациента.

2. Положение на столе. Для выполнения операции использовали два положения пациента: на боку с латеральным вытягиванием плеча и «пляжного кресла». В положении на боку фиксация пациента обеспечивалась вакуумным матрасом, причем особое внимание обращали на фиксацию шеи в физиологическом положении и предупреждение позиционного сдавления нижней руки. Отсутствие рисков ортостатической гипотензии и возможность доступа к голове пациента делают это положение более выгодными для анестезиолога. В положении «пляжного кресла» фиксация пациента обеспечивалась боковыми упорами и фиксирующими ремнями. С целью предупредить повреждение, шейный отдел позвоночника жестко фиксировали шейным воротником в функционально выгодном положении. Голова пациента фиксировалась к операционному столу эластичными ремнями. При укладке необходимо обращать внимание на положение не оперируемой руки (не допускать ее отведения на угол более 90°). При измерении АД в положении «пляжного кресла» делали поправку минус 20 мм.рт.ст. от показаний монитора.

3. Визуализация операционного поля. Использование шейверной системы способствует повреждению тканей и возникновению диффузного кровотечения, что затрудняет визуализацию операционного поля. Это проблема решается введением до 15 мг/кг транексамовой кислоты и нитратов для снижения артериального давления на 25%-30% от исходного.

4. Инфузионная терапия. В среднем, объем инфузии на операции не превышает 500 мл 0.9% раствора NaCl. На операции используется ограничительная стратегия инфузионной терапии.

5. Поддержание нормотермии. За время операции через полость сустава протекает от 5 до 50 л промывного раствора, который способствует развитию интраоперационной гипотермии. С целью профилактики гипотермии нами используется конвекционная система обогрева пациента, состоящая из одноразового одеяла и блока обогрева, внедрение которой в рутинную практику позволило обеспечить стабильное течение анестезии, снижение количества замедленных (10 мин и более) пробуждений и частоты послеоперационной дрожи.



Вывод. Реализация выявленных принципов позволит обеспечить качественную анестезию при артроскопических операциях на плечевом суставе.

УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И КОЖА

Муродалиев М.М., Ходжиматов Х.К.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии Кафедра медицинской биологии и гистологии. г. Термез. Республика Узбекистан. Научный руководитель – канд. биол. наук Ашуров А.Т.

Цель работы – изучить роль ультрафиолетового излучения в преждевременном старении кожи с учетом основных характеристик ультрафиолетовых лучей с различной длиной волны; рассмотреть механизмы их воздействия на структуры кожи, в основном фотостарение.

Объект и методы исследования. Проведен литературный обзор материалов отечественных и зарубежных исследователей с использованием поисковых систем PubMed, eLIBRARY за период 2020-2024 гг. Объект исследования. Процесс влияния ультрафиолетового излучения на организм человека. Методы исследования. Наблюдения, статистический, анкетирование, социальный опрос, анализ, работа с медицинской литературой и источниками Интернета, интервью со специалистами.

При выполнении исследовательской работы с нами был собран и изучен материал по изучаемой проблеме, проведены собственные исследования (анкетирование, опрос, интервью, социальный опрос). Изучены общие свойства ультрафиолетового излучения, его положительное и отрицательное влияние, информированность населения о воздействии ультрафиолета на организм. На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что ультрафиолетовое излучение может пагубно влиять на организм человека и вызывать раковые заболевания кожи.

Результаты исследования. По данным ВОЗ ежегодно примерно от двух до трех миллионов человек имеют немеланомные раковые заболевания кожи, около 130 000 человек заболевают злокачественной меланомой и от двенадцати до пятнадцати миллионов человек теряют зрение из-за развития катаракты, из которых 20% связаны с влиянием УФ лучей.

Выделяют три вида УФИ: УФ-А с длиной волны от 400 до 315 нм, обладает незначительным биологическим действием. При инсоляции лучами диапазона А с сопровождающим действием некоторых химических веществ, становится вредным для здоровья человека. УФ-В - длина волны от 315 до 280 нм - это наиболее опасное излучение, так как обладает большим канцерогенным действием, чем лучи диапазона А. Данный спектр может вызвать раковое заболевание и привести к образованию морщин, что является признаком преждевременного старения кожи. УФ-С - длина волны от 280 до 200 нм - самые коротковолновые лучи, но не менее опасные, действует на белки, жиры и обладает бактерицидным действием. Лучи с меньшей длиной волны отличаются большей биологической активностью, потому что биополимерные молекулы содержат кольцевые группы, содержащие углерод и азот, которые интенсивно поглощают излучение с длиной волны 260-280 нм.



Эпидермальные клетки - меланоциты - выполняют важную роль, защищая кожу от действия ультрафиолетовых лучей, и являются составляющими, поддерживающие барьерно-защитные свойства кожи. Изменение защитных клеток вызывает одно из самых быстротекущих новообразований - меланому, вследствие которой происходит 80% смертей, приходящихся на группу злокачественных заболеваний кожи.

Защитная функция меланинов заключается в поглощении ультрафиолетовых лучей, предотвращая повреждение тканей глубоких слоев кожи. Распространение меланина в клетках кожи указывает на то, что максимальная защита соответствует зоне наибольшей пигментации, прямо пропорциональная зависимость наблюдается за счет высокой концентрации меланина в крупных одиночных гранулах-меланосомах, а с уменьшением диаметра гранул-меланосом соответственно снижается защита. Меланин функционирует, как ловушка активных продуктов облучения, он замедляет перекисное окисление липидов. В результате свободнорадикальные продукты, образующиеся при окислении липидов, инактивируются на меланиновой матрице и не выходят в окружающее пространство. Еще одним механизмом ингибирующего влияния меланосом на перекисное окисление липидов является связывание меланином солей тяжелых металлов, которые обладают прооксидантным эффектом, и фармакологических препаратов. Данная функция является одной из разновидностей механизмов антиоксидантного действия меланосом.

Ультрафиолет является естественным стимулятором меланоцитов. В итоге под его влиянием на кожу происходит быстрое усиление роста дендритов, выработка меланина, что ведет к его накоплению в клетке, в дальнейшем происходит передача кератиноцитам, которые защищают от вредного воздействия УФ. В результате действия ультрафиолета происходит активация меланогенеза, которая связана с уничтожением тирозиназы, ингибированной глутатионом и пептидазами. Разрушение глутатиона и пептидаз осуществляется лизосомальными ферментами, которые выходят из поврежденных ультрафиолетом соответствующих органелл.

Воспаление, создаваемое воздействием света, учитывается как подготовительная фаза меланогенеза. При этом меланоциты мигрируют в глубокие слои эпидермиса, меланосомы приобретают высокую электронную плотность и образуют гигантские меланосомные комплексы, локализующиеся над верхним полюсом ядер. Под воздействием биологически активных веществ, возникающих в результате воспаления, происходит возрастание митотической активности базальных клеток эпидермиса, скорости их дифференцировки и смещения в верхние слои. В конечном итоге увеличивается толщина эпидермиса, особенно рогового слоя, что является защитной реакцией кожи на действие света.

Выводы. Таким образом, современные представления о фотостарении кожи обуславливают важность применения фотопротекторных средств с защитой от UVA- и UVB-лучей. Ключевой момент – возможность обновить естественный запас гиалуроновой кислоты в клетках кожи гаммой Элюаж, что позволит обеспечивать восстановление структуры стареющей кожи. Преждевременное фотостарение кожи требует пристального внимания и дальнейшего изучения со стороны дерматологов, косметологов, работников санэпидслужб, экологических подразделений и специалистов медиков различного профиля.



ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

1Мусашайхов У.Х., 1Мусашайхова Ш.М., 2Бобоев К.Т. 1

**Андижанский государственный медицинский институт 2Республиканский
специализированный научно-практический медицинский центр гематологии**

Цель исследования: роль клинических показателей крови в диагностике острого миелоидного лейкоза.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 145 больных с ОМЛ которые находились в стационарном лечении на Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре гематологии.

Результаты исследования: В ходе нашего исследования при рассмотрении основных гематологических параметров у пациентов с острым миелоидным лейкозом были получены следующие данные: среднее значение гемоглобина в крови у 145 пациентов с ОМЛ было равно 71.2 ± 1.9 г/л, эритроцитов 2.3 ± 0.06 млн., а лейкоцитов – 73.6 ± 8.4 тысяч. Размах лейкоцитов был довольно широким и колебался от 5 до 201×10^9 /л. По литературным данным увеличение содержания лейкоцитов является неблагоприятным маркером прогноза ОМЛ, снижающим выживаемость и увеличивающим частоту рецидивов. Поэтому мы изучили количество белых кровяных клеток у всех больных с ОМЛ, а в последующем в зависимости от возраста и гендерных особенностей.

Среднее содержание количества лимфоцитов у 145 больных с ОМЛ было равно $25.3 \pm 1.8\%$. Средний уровень моноцитов равнялся $15 \pm 1.5\%$. Количество тромбоцитов колебалось от 3 до 371 тысяч, а среднее содержание составило 46.1 ± 6.9 тысяч.

Среднее значение СОЭ была равна 49.5 ± 1.7 мм/час. Статистические данные показали, что уровень гемоглобина и количество эритроцитов в группе больных пожилого и молодого возраста были примерно одинаковыми (71 ± 4.3 и 2.23 ± 0.1 , 71.3 ± 2.1 и 2.3 ± 0.7 соответственно), о чем свидетельствовали результаты статистического анализа, при котором значимость была равна 0,998, что соответствовало $P > 0.05$.

Вместе с тем количество лейкоцитов у больных в возрасте выше 60 лет было самым высоким (95.6 ± 24.4) по сравнению с пациентами молодого возраста (68.4 ± 8.7). Не смотря на это, различия уровня лейкоцитов между группами пожилого и молодого возраста было несущественным ($p > 0.05$) (см. табл. 3.3).

В ходе исследования в группе больных пожилого возраста у 14 из 28, т.е. у 50% наблюдался гиперлейкоцитоз, среднее значение которого было равно 173.6 ± 39.1 . По данным наших исследования у больных молодого возраста в 39.3% случаях наблюдался гиперлейкоцитоз. У этих пациентов среднее количество белых кровяных клеток составило 140.6 ± 14.6 , что в 1.2 раза меньше, чем у больных старше 60 лет соответственно (см. табл. 3.2). Не смотря на это, различия среднего значения гиперлейкоцитоза между исследуемыми группами не достигло до значимых величин ($p > 0.05$).

Результаты оценки бластных клеток в периферическом крови показало достоверное различие между пациентами пожилого и молодого возраста ($p < 0.05$).



Средние значения бластных клеток в периферическом крови были следующими: у пациентов выше 60 лет - 64.2 ± 4.9 а также в группе больных младше 60 лет средний уровень этого показателя был равен 51.7 ± 2.8 .

Вывод: В подгруппе больных пожилого возраста показатель бластных клеток в ПК было значительно - в 1.2 раза ($p < 0.05$) выше по сравнению с пациентами молодого возраста.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА

**1Мусашайхова Ш.М., 2Бобоев К.Т., 1Мусашайхов Х.Т., 1Усманова У.И.
1Андижанский государственный медицинский институт 2Республиканский
специализированный научно-практический медицинский центр гематологии**

Цель исследования: изучение частоты встречаемости осложнений острого миелоидного лейкоза.

Материал и методы исследования: Нами было обследовано 145 больных с ОМЛ которые находились в стационарном лечении на Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре гематологии.

Результаты исследования: В ходе исследования наиболее часто встречаемым осложнением ОМЛ был геморрагический синдром. Геморрагический синдром регистрировали у 52 больных из 145, т.е. в 35.9% случаях. Геморрагический синдром чаще возникла у пожилых пациентов и в группе мужского пола (50% и 47.9%) в отличие от молодых и женского пола (32.5% и 24.3%).

Вне зависимости от пола и возраста крайним редким осложнением ОМЛ было ОНМК по геморрагическому типу, выше указанное осложнение среди 145 пациентов было обнаружено лишь у 2 случаях (1.4%).

При проведении исследования анемический синдром была выявлена у 90.1% больных мужского пола, а 9.9% случаях данный синдром не была обнаружено соответственно (см. рис. 3.1). Клинические проявления анемического синдрома при наших наблюдениях у больных женского пола проявлялся в 59.5% случаях. Основные проявления анемического синдрома – головокружения (у мужчин 74.6% и у женщин 63.5%), слабость (у мужчин 94.4% и у женщин 91.9%), одышка (у мужчин 32.4% и у женщин 41.9%).

Опухольная интоксикация отмечалась у пациентов с мужским полом – в 2.8% случаях, а у женского пола – в 9.5% соответственно. Стоматит выявлена у мужчин – 4.2%, у женщин – 1.4% случаях.

В проведенные исследования показали, что нейрорлейкоз встречался у 5 (3.4%) больных из 145, а вторичный иммунодефицит развился у 6 (4.1%) случаях) больных из 145. Важно отметить, что в отличие от молодых пациентов у пожилых больных выше указанные осложнения не наблюдались. При этом нейрорлейкоз и вторичный иммунодефицит в группе больных младше 60 лет регистрировался у 5 (4.3%) и 6 (5.1%) пациентов из 117.

Среди мужчин и женщин различия в показателях встречаемости нейрорлейкоза и иммунодефицитного состояние были не выраженными.



Септическое состояние наблюдались у 13.8% больных (20/145 больных). В зависимости от гендерных и возрастных особенности септическое состояние наиболее часто развился у молодых пациентов (14.5%) и среди женского пола (18.3%) по сравнению противоположными (у пожилых 10.7% и у мужчин 9.9% случаях). Среди больных с ОМЛ аналогичное ситуация наблюдалось и в частоте встречаемости миелотоксического агранулоцитоза.

ИБС значительно часто встречался у больных старше 60 лет по сравнению молодым, что составило 32.1% и 6.8% соответственно. Различия в показателях заболеваемости ИБС среди женского и мужского пола были не выраженными и составило 9.9% и 13.5% соответственно.

Вывод: Вне зависимости от пола и возрастных особенностей среди осложнений ОМЛ наиболее часто встречающимся был геморрагический синдром.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА.

**Мустафакулов И.Б., Норов М.Ч., Махамадаминов А.Г.
Сам ГМУ и ЦРПКМР МЗ РУз**

Цель исследования. Одним из злободневных вопросов современной экстренной абдоминальной хирургии, требующих своего разрешения, является проблема тактики лечения закрытых повреждений полых органов (ЗППО) при травмах живота сопровождающихся высокой летальностью от 27% до 35% [Малков И.С. с соавт., 2016; Лебедев А.Г. с соавт., 2019; Lechler P. et al., 2014; Kanlerd A. et al., 2022].

Материал и методы исследования. Для создания компьютерной программы выбора тактики лечения больных с ЗППО при абдоминальной травме, полученные градации прогноза вероятности тяжелого течения ЗППО по разработанной интегральной шкале (табл. 1), нами были дополнены лечебными данными касающихся объема различных лечебных манипуляций по коррекции имеющихся внутрибрюшинных повреждений полых органов и возможных сочетанных внебрюшинных повреждений.

Результаты исследования. Весь этот разнообразный лечебный арсенал, в самостоятельном или сочетанном вариантах, в разрабатываемой компьютерной программе должен был получить свое место и соответствующее звучание в зависимости от данных прогноза вероятности тяжелого течения ЗППО определяемой интегральной шкалой.

При выполнении данной, достаточно сложной задачи, создаваемая компьютерная программа кроме самой вероятности тяжелого течения нами ориентировалась на конкретную сумму прогностических коэффициентов, набираемых интегральной шкалой в каждой клинической ситуации. На наш взгляд только лишь применение такого принципа, с помощью компьютерной программы, создает возможность охвата и отображения всего разнообразного спектра вариантов лечения больных с ЗППО. Следующим этапом наших исследований стала кибернетическая интерпретация и обработка полученных результатов, которая была выражена в виде создания компьютерной программы выбора тактики лечения больных с ЗППО при травмах

живота . Надо отметить, что компьютерная программа выбора тактики лечения больных с ЗППО при травмах живота достаточно проста для использования, доступна для любого практического врача. Это, во-первых, позволяет применять ее на всех уровнях системы экстренной медицинской помощи включая филиалы и субфилиалы РНЦЭМП, во-вторых, осуществлять компьютерный контроль состояния больных в динамике лечебного процесса.

Таким образом, подытоживая все вышеперечисленное надо отметить, что разработанная нами компьютерная программа выбора тактики лечения больных с ЗППО при травмах живота наиболее полно соответствует всем требованиям практической экстренной медицины.

Выводы. Таким образом, на основании полученных результатов исследования можно заключить, что разработанная и предложенная нами компьютерная программа позволяют провести тщательную и всестороннюю оценку общего состояния пациентов, прогнозировать вероятность тяжелого течения ЗППО при травмах живота и на основании этого выбрать правильную тактику лечения, имеющихся внутри и внебрюшинных повреждений. Широкое применение компьютерной программы у больных ЗППО при травмах живота позволяет обосновать применение тактики early total care – ETC у больных с тяжелым состоянием и нестабильной гемодинамикой, а также создает возможность разделения выполняемых оперативных вмешательств на несколько этапов путем перевода их в категорию малоинвазивных и срочно-отсроченных, согласно тактики damage control surgery – DCS. Данное обстоятельство, несомненно, оптимизирует лечебно-диагностический процесс и существенно улучшает результаты лечения urgentных больных с ЗППО при абдоминальных травмах.

РОЛЬ ФИЗИОЛОГИИ ПИТАНИЯ И ДИЕТОЛОГИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Мухамадиева И.Б.

Central Azian medical university

Международный медицинский университет

Характер питания является важнейшим фактором, определяющим здоровье человека. Изменение питания в сторону «богатого», «обильного» пищевого рациона имело место во многих развитых странах, что привело к распространению разнообразных хронических неинфекционных заболеваний в зрелом и пожилом возрасте.

Экономически выгодно правильное питание, сохраняющее здоровье и играющее важную роль в предупреждении заболеваний современного человека, зависящих от питания. Известно, что физиология питания является частью науки о питании, которая изучает круг проблем, связанных с непосредственным взаимодействием пищи как объекта окружающей среды с организмом человека.

Физиология питания включает не только процессы усвоения пищи, но и закономерности, по которым человек должен выбирать пищу для сохранения здоровья и предупреждения основных заболеваний, в возникновении которых играет роль неправильное питание. По-прежнему актуальной является проблема дефицита



йода практически во всех регионах. Оптимальное питание должно способствовать сохранению здоровья, психического и физического комфорта, максимальной продолжительности жизни, а также созданию наилучших условий с целью преодоления кризисных для организма ситуаций, связанных с хроническим комплексным воздействием экопатогенов, стрессов, инфекций и экстремальных условий.

Питание – одна из главных физиологических потребностей организма, обеспечивающая три важнейшие жизненные функции:

- построение и непрерывное обновление клеток и тканей;
- поступление энергии для восполнения энергозатрат организма;
- поступление веществ, из которых образуются ферменты, гормоны и другие регуляторы обменных процессов.

Все жизненные процессы, происходящие в организме, в том или ином смысле связаны с характером питания и зависят от него.

Лечебное питание – обязательный метод комплексной терапии. Адекватная диетотерапия способствует оптимальному течению процессов адаптации и компенсации нарушенных функций, коррекции патологически измененных звеньев метаболизма, достижению иммуномодулирующего, антиоксидантного и других положительных эффектов. Не вызывает сомнения тот факт, что адекватное питание в значительной мере предопределяет как физическое так и психическое функционирование, то есть, состояние здоровья человека в целом. Особенную актуальность фактор питания имеет для больных людей.

В лечебно-профилактическом учреждении, ведомственных, студенческих, школьных столовых контроль за соблюдением технологии приготовления и выходом готовых блюд осуществляет заведующий производством.

Главные цели дисциплины занятий по современной диетологии – это становление связи теории с практикой, в форме самостоятельной работы при составлении семидневных меню-раскладок для приготовления питания с учетом карточек-раскладок на больных с различной нозологией, обучение студентов основным принципам организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях, овладение навыками составления меню, умение проводить калькуляцию блюд и пользоваться сборником рецептур блюд для приготовления диетического питания.

Сформированы методические указания по современной диетологии, в которых достаточно полно раскрываются необходимые студентам знания о технологических основах диетического питания, представлена характеристика основных пищевых продуктов с точки зрения диетического питания, а также рецептура и технология производства диетических блюд, что значительно облегчает восприятие учебного материала.

Понятийно-категориальный аппарат. Учитывая различное понимание терминологии, связанной со здоровым питанием, определены следующие основные понятия дисциплины. Нутрициология (nutrition, от греч. nutritio), или наука о питании, - это наука о пище, пищевых веществах и других компонентах, содержащихся в продуктах питания, их действии и взаимодействии, роли в поддержании здоровья или возникновении заболеваний, о процессах их потребления,

усвоения, переноса, утилизации и выведения из организма. Здоровое питание (healthy eating) – это питание, которое в соответствии с результатами научных исследований, основанных на доказательствах, способствует укреплению здоровья и профилактике заболеваний. Определения «рациональное», «сбалансированное» и «оптимальное» питание не использовались в качестве синонимов здорового питания. Доказательная нутрициология (evidence-based nutrition) - это наука о питании, основанная на доказательствах. Несмотря на некоторые различия методов, доказательная нутрициология является частью доказательной медицины. Систематический обзор (systematic review) – это применение научных стратегий, которые уменьшают вероятность ошибок при принятии решений благодаря систематическому сбору, критической оценке и обобщению результатов всех первичных исследований по конкретной теме. Систематический обзор включает всесторонний поиск всех публикаций, соответствующих критериям отбора, оценку дизайна и качества оригинальных исследований, обобщение данных и интерпретацию полученных результатов. Если в систематическом обзоре обобщение результатов нескольких первичных исследований осуществляется с использованием статистических методов, такие обзоры называются метаанализами. Выводы, полученные в систематических обзорах, имеют большую ценность, чем изолированные результаты отдельных исследований. За последние годы произошли существенные перемены в обществе и науке о питании, повлекшие необходимость пересмотра некоторых положений. За счет внедрения методов доказательной медицины появились новые подходы к сбору, анализу и обобщению огромной информации крупномасштабных международных исследований по изучению физиологической роли отдельных макро- и микронутриентов, минорных компонентов пищи, пробиотических микроорганизмов, пребиотиков, генетически модифицированных источников пищи и т.д. Появились новые теории, концепции и виды питания. Широкое применение получили пищевые и биологически активные добавки к пище, позволяющие улучшать традиционные свойства и состав пищевых продуктов.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С В АССОЦИАЦИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мухамеджанова М.Х., Ахмедов Л.А.

Цель исследования является изучение показателя феррокинетики, уровня гепсидина и индексов фиброза печени у больных со сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Нами было исследовано 134 больных с хроническим вирусным гепатитом С. Их них женщины 42,9% (n=61), мужчины 51,4% (n=73). Средний возраст больных составил $58 \pm 2,3$ лет.

У всех больных определено АЛТ, АСТ, ЛДГ, ГГТ, количество тромбоцитов, МНО. Для оценки феррокинетических параметров определено трансферрин, ферритин, гепсидин. Гепсидин проверено у 75 больных. Гепсидин сыворотки определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) по принципу

конкурентного связывания (набор для ИФА, USA). Анализ проводился в научной лаборатории Бухарского государственного медицинского института.

Результаты исследования и обсуждение. Расчет ИФП APRI для больных, включенных в исследование, осуществлялся на основании результатов общего и биохимического анализов крови, взятых в первые сутки с момента госпитализации. Главной задачей нашего исследования была оценка изменений уровня гепсидина на разных уровнях снижения ФВ левого желудочка.

В последнее время ведется активное изучение не только новых биохимических маркеров, являющихся звеньями патогенеза ХСН, но и проводится оценка их влияния на ремоделирование внутренних органов и развитие полиорганной недостаточности, определяющей неблагоприятный прогноз больных. В качестве такого маркера нами был изучен гепсидин. Из 75 больных с определенным уровнем гепсидина 52,3% пациентов имели СН с низкой ФВ (СНнФВ), 28,4% пациента с промежуточной ФВ (СНпФВ) и 19,3% пациентов – с сохраненной ФВ (СНсФВ).

Группы статистически значимо не различались по возрасту, тяжести ХСН. ($p>0,05$). По результатам анализов среди пациентов группы СНсФВ преобладали женщины (66,6%). Во всех группах имелось положительный взаимосвязь между показателями гемоглобина и гепсидина. Также у больных с сохраненной ФВ ЛЖ реже наблюдалось наличие анемического лабораторного синдрома (таб. 1).

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов в зависимости от степени снижения ФВ ЛЖ

Параметр	СНсФВ1 (n=39)	СНпФВ2 (n=21)	СНнФВ3 (n=15)
Пол М/Ж	18/11	12/9	5/10
Возраст, лет	55,8±9,4	62,3±7,05	68,15±11,19
III-IV ФК, n (%)	19 (92%)	11 (79,1%)	12 (100%)
Анемия, n (%)	28,4 (%)	41,2 (%)	78,4 (%)
Гепсидин, нг/мл	28,2	20,4	15,3

Результаты исследование показали, что между уровнем гепсидина и ФВ имеется положительный взаимосвязь, и пациенты, относящиеся ко первой группе имеющие СНсФВ1 показали срединные значения данного показателя, обладали наиболее благоприятным клинико-лабораторным профилем (более высокий уровень гемоглобина, тромбоцитов, реже имели повышение АЛТ и АСТ, $p>0,05$).

У обследованных нами больных ХСН, при разной степени выраженности систолической дисфункции левого желудочка выделены различные факторы, оказывающие влияние на уровень гепсидина.

Закключение: Из результатов нашего исследования следует отметить, что регуляция гепсидина у больных с ХСН является мультифакториальной, что усложняет оценку уровня гепсидина в качестве прогностического маркера.

НАТРИЙ-УРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД КАК ИННОВАЦИОННЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ В ОЦЕНКЕ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мухамедова Б.Ф. Абдужабборов Д.Э

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ключевые слова: острая сердечная недостаточность, В-натрийуретический пептид, тропонины, диагностика, инфаркт миокарда, эхокардиография, фракция выброса. Актуальность проблемы: одним из биомаркеров в современной диагностике сердечной недостаточности (СН) является В-натрийуретический пептид (BNP). В ряде случаев, повышенный уровень BNP является ранним и информативным тестом выявления инфаркта миокарда, и может быть предложен как альтернатива ЭхоКГ. При сомнительной СН определение уровня BNP в сочетании с 12-канальной ЭКГ входит в современные клинические руководства (уровень доказательности А). Цель исследования: изучить показатель BNP у пациентов с острой сердечной недостаточностью (ОСН) при ИМ.

Материалы и методы: нами были изучены истории болезни 56 больных с предварительным диагнозом ОСН, которые находились на стационарном лечении в отделении кардиологии.

Из них 29 женщин и 27 мужчин в возрасте от 45 до 68 лет (средний возраст $56,2 \pm 1,3$). При включении в исследование у всех больных проводились ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, КАГ, оценка липидного спектра, уровня глюкозы, тропонина, BNP, миоглобина.

Результаты исследования: в ходе обследования все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 34 пациента с ЭКГ-признаками рубцовых изменений; во вторую – 22 пациента с ЭКГ-признаками ишемии, но без рубцовых изменений. Уровень тропонина варьировался в пределах 0,08-2,24 нг/л (в среднем 1,25 нг/л), уровень BNP – 96,0-593,0 нг/мл (в среднем $292,4 \pm 4,1$ нг/мл). При этом в 1 группе больных уровень BNP составил $262,0 \pm 2,9$ нг/мл против $235,3 \pm 2,6$ нг/мл во 2 группе, а фракция выброса по данным ЭхоКГ: $32,3 \pm 1,2\%$ против $40,9 \pm 1,5\%$ соответственно. Первичный ИМ был выставлен в 68,2% во 2 группе (ФВ= $40,8 \pm 0,8\%$, BNP= $308,8 \pm 2,4$ нг/мл); повторный ИМ в 23,5% в 1 группе (ФВ= $32,5 \pm 1,1\%$, BNP= $290,7 \pm 2,1$ нг/мл); нестабильная стенокардия в 76,5% в 1 группе и 31,8% во 2 группе (ФВ= $60,3 \pm 1,5\%$, BNP= $92,5 \pm 2,3$ нг/мл). Диагноз ИМ, осложненный ОСН был выставлен 23 пациентам.

Выводы: таким образом, для верной диагностики ИМ, осложненного ОСН и дифференциальной диагностики СН, определение уровня BNP является приоритетным наряду с другими лабораторно-инструментальными методами исследования. Показатели данного пептида информативными и лишены

субъективизма, в отличие от ЭхоКГ, ЭКГ и других методов, зависящих от квалификации специалиста.

«СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНЫХ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГЕАНГИОМ КОЖИ».

Мухамедова М.Р.

Ташкентская медицинская Академия. Кафедра дерматовенерологии и косметологии. Целью исследования является совершенствовать эффективность лечения резистентных к медикаментозной терапии гемангиом кожи путём обоснования и разработки новых методов лечения.

Материалы и методы исследования включают лабораторные, инструментальные, морфологические, светооптические исследования, флуоресцентный анализ, а также макро-фото пациентов. Статистический анализ полученных результатов. Проведен анализ результатов лечения 36 пациентов с капиллярными – плоскими гемангиомами кожи в клиниках Shox-Med и Rasad с 2020-2022гг.

Результаты исследования: Тактика лечения остаточных, а также Г не выступающих над уровнем кожи, заключалась в предварительном проведении медикаментозного лечения с применением пропранолола по схеме. В случаях неэффективности терапии или отказа родителей, проводились физические методы деструкции с использованием ИК -лазеров и световых импульсных излучателей. В исследования были включены пациенты, которые обратились с остаточными явлениями после лечения бета блокаторами (14), частичного курса консервативного лечения (13), с остаточными гемангиомами кожи после других видов лечения (6), а также первичными Г (3). Всего лечение было проведено 36 пациентам.

Как было указано выше большинство этих пациентов были с поверхностными Г. (80%) или незначительно выступающие над уровнем кожи (20%). Срок после появления Г. составил от 1- 21 лет. Большинство пациентов проходили лечение начиная с 6 месяцев после начала заболевания. В качестве основного метода лечения поверхностных капиллярных и остаточных Г. явилось использование высокоэнергетических лазеров и светоизлучающих установок. Учитывая то, что основной контингент пациентов были дети, то общая анестезия в лечении этих пациентов не применялась. У пациентов были использованы ИК- лазеры: СО-2 лазер (13) , АИГ-неодимовый (11). Также была использована импульсная светоизлучающая установка IPL, которая позволяла производить сеансы лечения без анестезии (12) . Эти виды лазеров не обладают селективностью воздействия, однако их излучение довольно глубоко проникает в слои кожи. Перед началом процедуры лечения все больные проходили обследование для оценки общего состояния, а также выяснения характера роста Г и его светооптических параметров. При выполнении лазерного лечения учитывались такие показатели как: возраст пациента, локализация Г, характер роста, размеры, степень инвазии, светооптические характеристики, результаты предшествующего лечения. Средняя длительность сеансов лечения составила 3-4 сеанса с интервалом в 1 месяц. СО-2 лазерной деструкция Г заключалась в проведении местной анестезии кожи 0,5% раствором новокаина. Далее

гемангиома обрабатывалась лазерным излучением в расфокусированном режиме путем сканирования. Мощность лазерного излучения 8-10Вт на площадь 1-2см², что составляло 8–10 Дж/см². Лазерное излучение в диапазоне 10,06мкм проникает на глубину до 200мкм и не обладает селективным действием. ИК излучения в диапазоне 10,06мкм полностью поглощается водой. Таким образом инфильтрация кожи новокаином позволяет увеличить толщину ее слоев и осуществлять прецизионную послойную деструкцию слоев кожи. При глубоком залегании Г возрасте риск повреждения дермы с развитием рубцовой трансформации кожи. Преимуществом этого излучения является визуальный контроль полноты удаления Г. По представленным данным в диаграмме № 1 видно, что для лечения остаточных Г достаточно 1-2 сеансов лазерной деструкции. В то же время практически у всех пациентов имеет место рубцовые изменения, которые могут быть визуально малоразличимыми.

При использовании АИГ лазера с импульсным излучением следовало учитывать то, что излучение в спектре 1,06мкм довольно глубоко проникает в кожу (до 1см), что требует тщательного дозирования энергии излучения. Также следовало учитывать то, что в момент воздействия площадь и глубина некроза не ощущается и морфологические проявления становятся отчетливыми через 1-2 суток после лечения. Для профилактики глубокого проникновения излучения в ткани нами производилось локальное охлаждение тканей до 7-8оС, что также снижало болевую чувствительность. Воздействие лазера производили в режиме сканирования с энергией 60-80 Дж/см² с частотой импульсов 10Гц и длительностью 4мсек. Результаты лечения с использованием АИГ-неодимового лазера показали, что при поверхностных Г кожи использование этого лазера может привести к значительным изменениям в коже вплоть до некроза дермы. Этот эффект во многом нивелируется при использовании коротких импульсов воздействия. Тем не менее неправильное дозирование излучения или ручная манипуляция прибором может привести к осложнениям в виде некроза кожи, мозаичным изменениям, остаточным Г и инфицированию ран. Согласно результатам лечения пациентов, полнота удаления Г достигнута во всех случаях, для этого потребовалось от 2 до 4 сеансов лазерного облучения. Рубцовые изменения в коже наблюдались у 80 % пациентов. IRL установка с импульсным излучением от лампы генерирует световой поток, большую часть которого составляет ИК-спектр. Вследствие короткого импульса воздействие не распространяется глубоко в кожу и не требует обезболивания. Энергия излучения составляла в пределах 5 Дж/см². Недостатком подобных излучателей является малая селективность воздействия, что требует проведения нескольких сеансов лечения, что может привести к развитию рубцовой трансформации кожи. Лечебное воздействие производится одиночными импульсами. При правильном дозировании некроз кожи не наступает. Однако для полноты удаления Г приходится использовать несколько сеансов лечения и с каждым разом риск развития рубцовой трансформации кожи возрастает. У 23% пациентов отмечено полное удаление цветowych признаков гемангиомы, у 58 % больных отмечено частичное удаление Г. и только у 3% отмечены минимальные изменения.

Выводы: при использовании высокоэнергетических лазеров в лечении плоских гемангиом кожи важным моментом является то, что деструкция Г сопровождается

рубцовой трансформацией кожи различной степени выраженности, что оказывает неблагоприятный косметический эффект особенно при локализации Г в области лица и рук. При применении СО-2 лазера достигается послойное удаление гемангиомы вместе со здоровыми тканями кожи. При глубокой инвазии Г неминуемо повреждаются более поверхностные слои кожи. Частота рубцовой трансформации кожи при плоских Г может достигать 70-80%. Однако, в процессе заживления под коркой, инфицирование наступает достаточно редко и грубые рубцовые изменения кожи наблюдаются также редко. При использовании АИГ-неодимового лазера заранее следует учитывать глубину проникновения лазера. При остаточных Г следует использовать импульсный режим излучения с предварительным охлаждением кожи. Даже в этих случаях по нашим данным рубцовая деформация кожи имеет место у большинства больных, нередко с келоидной трансформацией. По результатам лечения, этот тип лазера показан только при глубокой инвазии Г в кожу и подкожную клетчатку. При использовании импульсных ламп IPL с излучением преимущественно в ИК-спектре нами достигнуты неплохие результаты ввиду снижения частоты рубцовой трансформации кожи, однако для удаления Г необходимо использовать низкие дозы воздействия и большое число сеансов лечения. При использовании этого метода возрастает частота остаточных форм Г, так как этот излучатель также не обладает селективностью воздействия на сосудистые образования кожи.

ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ

Мухторов М., Салиева М.Х., Юсупов К.М., Мирзаева М.М., Усманова Г.К.
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Ребенок должен расти здоровым, сильным, крепким, выносливым. Хорошие физические данные обусловлены тем образом жизни, который ведет семья, двигательной активностью ребенка. Результаты последних исследований подтверждают, что в современном высокотехнологичном обществе необходимо будет уделять гораздо больше внимания ЗОЖ (здоровому образу жизни), физическому развитию человека, поскольку становится все меньше стимулов для естественного движения. Современный человек живет в экономно построенных квартирах, темп современной жизни вынуждает часто пользоваться личным или городским транспортом, получать информацию с помощью радио, телевидения, интернета - все это требует крепкого здоровья. Учеба и сидячая работа обуславливают необходимость двигательной компенсации - с помощью занятий физкультурой и спортом, игр, активного отдыха.

Материалы и методы исследования. Формирование здорового образа жизни должно начинаться с рождения ребенка для того чтобы у человека уже выработалось осознанное отношение к своему здоровью. Условия, от которых зависит направленность формирования личности ребенка, а также его здоровье, закладываются в семье. То, что прививают ребенку с детства и отрочества в семье в сфере нравственных, этических и других начал, определяет все его дальнейшее поведение в жизни, отношение к себе, своему здоровью и здоровью окружающих. Поэтому родители должны сами воспринять философию ЗОЖ и вступить на путь

здоровья. Существует правило: "Если хочешь воспитать своего ребенка здоровым, сам иди по пути здоровья, иначе его некуда будет вести!".

Результаты и исследования. Понятие о здоровом образе жизни включает в себя много аспектов. Во-первых, соблюдение режима дня. В детском саду режим соблюдается, а вот дома не всегда. Необходимо объяснить детям, что нужно рано ложиться и рано вставать. И неукоснительно соблюдать это правило. Во-вторых, это культурно-гигиенические навыки. уметь правильно умываться, знать, для чего это надо делать. Вместе с детьми необходимо рассматривать ситуации защиты от микробов. В-третьих, культура питания. Необходимо рассказать детям, что нужно есть больше овощей и фруктов, т.к. в них много витаминов А, В, С, Д, в каких продуктах они содержатся и для чего нужны. Витамин А - морковь, рыба, сладкий перец, яйца, петрушка. Важно для зрения. Витамин В - мясо, молоко, орехи, хлеб, курица, горох (для сердца). Витамин С - цитрусовые, капуста, лук, редис, смородина (от простуды). Витамин Д - солнце, рыбий жир (для косточек). В-четвертых, это гимнастика, физзанятия, занятия спортом, закаливание и подвижные игры. От степени развития естественной потребности ребенка в движении во многом зависят развитие двигательных навыков, памяти, восприятия, эмоции, мышления. Поэтому очень важно обогащать двигательный опыт ребёнка.

Выводы. Основной задачей для родителей является: формирование у ребенка нравственного отношения к своему здоровью, которое выражается в желании и потребности быть здоровым, вести ЗОЖ. Ребёнок должен осознать, что здоровье для человека важнейшая ценность, главное условие достижения любой жизненной цели, и каждый сам несет ответственность за сохранение и укрепление своего здоровья. В этом ничто не может заменить авторитет взрослого. Безусловно, здоровье детей напрямую зависит от условий жизни в семье, санитарной грамотности, гигиенической культуры родителей и уровня их образования.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Назаров К. Д. У

ргенский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Цель работы: определить частоту, факторы риска развития пищевой аллергии, особенности ее этиологической структуры и иммунологических проявлений у детей с АД.

Материал и методы: В обследование включено 88 детей с АД в возрасте от 2 до 14 лет (16% - дети дошкольного возраста и 84% дети старше 8 лет), страдающие упорным течением различной хронической патологии. Причем 25% составили больные, обратившиеся непосредственно к аллергологу по поводу имеющихся у них типичных проявлений аллергии (дерматит, бронхиальная астма). Большую часть (75%) составили больные, проходившие лечение в соматических отделениях по поводу основного заболевания или состоящие на диспансерном учете у педиатра или врачей узких специальностей (невролога, ревматолога, отоларинголога). Все дети регулярно (2-3 раза в год) получали плановую терапию по основному заболеванию.



Результаты и обсуждение: Анализ наиболее распространенных клинических проявлений хронической патологии у детей показал, что в структуре цефалгий определялись: головная боль хроническая - 42%, головная боль при церебральной ангиодистонии - 20%, вегето-сосудистой дистонии - 18%, мигрени - 13%, резидуально-органическом поражении ЦНС - 6%; в структуре артралгий: артралгии неуточненной этиологии - 58%, артралгии при реактивных артритах - 42%; в структуре гастроинтестинальных проявлений: хронический гастрит с нормальной кислотностью - 63%, хронический гастродуоденит с нормальной кислотностью - 31%, эрозивный гастродуоденит - 6%. Известно, что основными факторами риска развития пищевой аллергии являются отягощенная наследственность по атопии и перинатальные факторы. Детальное изучение факторов риска развития пищевой аллергии выявило, что на возможность развития аллергических реакций на пищевые продукты свое патологическое влияние практически в одинаковой степени оказывают отягощенная наследственность по аллергии и патологическое течение беременности (65% и 52% соответственно). При изучении данных аллергологического анамнеза мы выявили, что первые симптомы аллергии в виде кожных проявлений регистрировались у 61% больных уже в раннем возрасте. Далее, на протяжении жизни ребенка, у 60% периодически отмечались явления пищевой и/или лекарственной непереносимости. Естественно, у детей, имеющих сочетанные проявления (с типичными формами аллергии), процент той или иной непереносимости был значительно выше, чем у детей с изолированными формами болезни (85% против 15% соответственно).

Характерной особенностью при кожном тестировании у всех больных было наличие в подавляющем большинстве случаев (90%) слабо положительной степени сенсibilизации. Это, по-видимому, и является одной из причин отсутствия четкой взаимосвязи между приемом продукта и появлением жалоб, в связи с чем больные не связывают свои страдания с пищевой аллергией. в структуре этиологических факторов пищевой сенсibilизации определены: куриное яйцо (80%), пищевые злаки (73%), мясо (67%), коровье молоко (55%) цитрусовые (42%), рыба (45%). Причем в зависимости от нозологической формы болезни этиологическая структура пищевой сенсibilизации имеет свои особенности. Анализируя структуру этиологических факторов пищевой сенсibilизации, выявили, что при всех формах болезней практически с одинаковой частотой определялась сенсibilизация к яйцу (от 78% до 86%). Сенсibilизация к другим пищевым аллергенам встречалась с различной частотой. Так, чаще всего сенсibilизация определялась:

- у больных цефалгиями: злаки (91%), яйцо (75%), молоко (63%), мясо (56%);
- у больных артралгиями: яйцо (85%), злаки (70%), рыба и мясо (58%), молоко (51%);
- у больных носовыми кровотечениями: мясо (93%), цитрусовые, яйцо (75%);
- у больных энурезом: яйцо (82%), мясо (64%), молоко и злаки (55%);
- у больных гастритами: злаки, яйцо (78%), мясо (69%).

Учитывая то, что данные продукты относятся к продуктам ежедневного употребления, установить четкую связь обострений с их приемом (по данным анамнеза) в большинстве случаев не представляется возможным. в связи с этим в каждом отдельном случае пищевая аллергия подтверждалась элиминационными и



провокационными пробами, по результатам которых у 65% обследованных детей выявили пищевую аллергию, причем в зависимости от клинических проявлений она регистрировалась с различной частотой. чаще всего пищевая аллергия встречается у больных цефалгиями (82%) и гастритами/гастродуоденитами (75%), чуть реже - у больных артралгиями (63%), носовыми кровотечениями (53%) и энурезом (40%).

Самыми частыми продуктами, вызывающими развитие пищевой аллергии у данной группы детей, были: яйцо (40%), пищевые злаки (39%), молоко (22%) и пищевые добавки (консерванты, красители и др.) (22%). Такие продукты, как мясо, рыба, цитрусовые и орехи в редких случаях являлись причиной появления жалоб (от 1,5% до 3% случаев). Причем в зависимости от клинических проявлений болезни, этиологическая структура пищевых аллергенов, вызывающих аллергическую реакцию, различна.

Наиболее частыми причинно-значимыми аллергенами у больных цефалгиями являются: молоко (36%), злаки (36%), яйцо (29%); у больных артралгиями - злаки (67%), у больных энурезом - яйцо (75%), у больных носовыми кровотечениями - яйцо (62%) и пищевые добавки (38%); у больных гастритами - злаки (42%), пищевые добавки (33%). Таким образом, один и тот же продукт может вызвать аллергическую реакцию в любом «шоковом» органе. Исследование показало, что употребление яйца чаще всего являлось причиной появления носовых кровотечений и энуреза; употребление пищевых злаков - артралгий, гастритов/гастродуоденитов, головных болей; употребление молока - головных болей; употребление пищевых добавок - причиной носовых кровотечений, а также гастритов. Интересно отметить, что в 59% случаев определялась пищевая аллергия к одному продукту, в 6% - к 2 и лишь в 4% - к 3 и более продуктам.

Известно, что пищевая аллергия является клиническим проявлением иммунологического процесса. В соответствии с иммунопатологической основой запуска аллергической реакции (Cell P. & Coombs R., 1998), выделяют 4 типа аллергических реакций.

Так, у больных гастритами и энурезом пищевой этиологии статистически значимо чаще ($p < 0,001$) регистрируется I тип аллергических реакций, в сравнении с больными других групп. У больных артралгиями ($p < 0,01$), энурезом ($p < 0,01$) и гастритами, гастродуоденитами ($p < 0,001$) чаще отмечается сочетание I и IV типов и реакций. У больных носовыми кровотечениями и цефалгиями нет статистически значимых различий в преобладании того или иного типов иммунного ответа, так как у них практически с одинаковой частотой встречаются I, III и IV типы.

Выводы: Высокая частота выявления пищевой аллергии (65%) среди детей с упорным течением различной хронической патологии свидетельствует о многообразии ее клинических проявлений. Этиологическая структура пищевой аллергии в зависимости от нозологии болезни имеет свои особенности. Обнаруженные изменения показателей иммунитета свидетельствуют о том, что в развитии пищевой аллергии участвуют различные типы аллергических реакций, и в большинстве случаев отмечается сочетание патогенетических механизмов. Полученные результаты позволяют рекомендовать детям, страдающим непрерывно-рецидивирующими различными хроническими заболеваниями, проведение специфической аллергологической диагностики с целью исключения пищевой аллергии

СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

**Назаров К. Д., Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б.
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель. Изучить структуру (варианты, половую и возрастную характеристики) и проявления суставного синдрома у детей с ювенильным идиопатическим артритом в г. Андижане.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 89 историй болезни больных с впервые установленным диагнозом ювенильный идиопатический артрит, в возрасте от 2 до 15 лет.

Результаты. В результате исследования были диагностированы следующие варианты ювенильного идиопатического артрита: олигоартикулярный – у 62 пациентов (69,6%), полиартикулярный – у 24 пациентов (27%) и системный – у 3 детей (3,4%). В 1 группу вошли 62 пациента с олигоартикулярным вариантом, во 2-ю группу – 24 пациента с полиартикулярным вариантом. В половом аспекте среди всех исследуемых детей девочек оказалось в 1,5 раза больше, чем мальчиков. Также прослеживается преимущество женского пола внутри групп. Средний возраст начала заболевания всех пациентов с ювенильным идиопатическим артритом составил $8,9 \pm 0,4$ года. В 1-й группе средний возраст составил $9,6 \pm 0,5$ года, во 2-й группе – $7,4 \pm 0,4$ года. У детей с олигоартикулярным вариантом заболевания наиболее часто в процесс вовлекались коленные и голеностопные суставы. Во 2-й группе в патологический процесс вовлекались как крупные суставы, так и мелкие суставы кистей и стоп. Среди детей второй группы чаще выявлялись нейтрофильный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ и положительные показатели иммунологических исследований.

На рентгенограммах хрящевые и костные изменения обнаружены у 9% пациентов. При проведении УЗИ пораженных суставов отмечались следующие изменения в обеих группах: утолщение синовиальной оболочки, нечеткие контуры суставных поверхностей, увеличение количества синовиальной жидкости. Появление изменений на рентгенограммах суставов зависит от продолжительности заболевания – чаще всего первые признаки появляются через 1-2 года от дебюта. В результате нашего анализа заключений рентгенограмм суставов, изменения были в виде сужения суставной щели, эрозий и узураций суставных поверхностей, остеопороза, и на ранних стадиях заболевания выявлялись только у 6,5% детей с олигоартикулярным вариантом и у 16,7% – с полиартикулярным вариантом. А среди всех пациентов с ЮИА изменения на рентгенограммах выявлены у 9%. Обязательно, на этапе постановки диагноза, каждый пациент был осмотрен окулистом с биомикроскопией глаза. Среди пациентов нашего исследования на ранних стадиях заболевания увеит не выявлен.

Заключение. Среди больных с ювенильным ревматоидным артритом жителей г. Краснодара доминирует олигоартикулярный вариант (69,7%), на втором месте полиартикулярный РФ-негативный вариант (25,8%), на третьем месте – системный

вариант (3,4%), и на последнем – полиартикулярный РФ-позитивный вариант (1,1%). В половом аспекте среди всех пациентов девочек оказалось в полтора раза больше, чем мальчиков. Дебют суставного синдрома – преимущественно в раннем школьном и пубертатном возрастах. Суставный синдром проявлялся преимущественно артритом коленных, голеностопных суставов, а при полиартикулярном варианте еще и лучезапястных суставов и мелких суставов кистей и стоп. Среди пациентов признаки гуморальной активности и иммунного воспаления оказались более характерными для полиартикулярного варианта. В дебюте заболевания изменения хрящевой и костной тканей суставов, при проведении рентгенографии, выявлены у 9%.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ.

Н.Н.Назаров., А.Д.Махмудов, А.А.Тургунбоев., И.Х-А.Н.Назирджонов.
Андижанский Государственный Медицинский Институт Частная клиника
«Фаномед» Республика.

В последние годы увеличивается количество пациентов с буллезным поражением легких и, как следствие, растет число больных со спонтанным пневмотораксом. Этому способствует так и частые простудные заболевания и как следствие продолжающейся COVID-19 пандемии. Среди пациентов переболевших COVID-19 пневмонии наиболее часто встречаются лица трудоспособного возраста. В связи с этим трудности в выборе адекватной диагностической и лечебной тактики являются причинами повышенного внимания хирургов к этому патологическому состоянию и определяют социальную медицинскую значимость проблемы. Лечебно-диагностическая тактика при буллезной эмфиземе в последние годы претерпевает существенные изменения, что связано с появлением новых данных об этиологии и патогенезе заболевания и успехами эндовидеохирургической техники (Kim J. et al., 1998; Eggelin St. et al., 1999). Немаловажным является то обстоятельство, что большинство пациентов буллезной эмфиземой поступают с осложнениями спонтанным пневмотораксом в дежурные (преимущественно общехирургические) стационары, где им оказывается неотложная помощь и лишь, затем такие больные попадают в поле зрения торакального хирурга. По современным представлениям основой лечебной тактики при СП является диагностическая информация, получаемая при первичной (выполняемой перед дренированием) торакоскопии и компьютерной томографии, а уровень лечения предполагает не только расправление коллабированного легкого, но и устранение причин, приведших к этому патологическому состоянию.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных буллезной эмфиземой путем усовершенствования лечебно-диагностической тактики с использованием видеоторакоскопии.

Материалы и методы исследования: проведен анализ лечения 55 больных буллезной эмфиземой легких находившихся в клинике ФАНОМЕД с 2020 по 2023г. Основная группа состояла из 25 больных, которым для диагностики и лечения по показаниям выполнили торакоскопию. Контрольную группу составили 30 больных,

которые обратились в клинику соответствующими жалобами и после проведенных обследований (Рентгенография, МСКТ) тактику лечения выбирали индивидуально (в зависимости от состояния, возраста и т.д).

Анализ материалов по годам позволил выявить ежегодное увеличение число больных со спонтанным пневмотораксом на фоне буллезной эмфиземы легких 8 в 2020г. до 17 в 2023г. Правосторонний СП отмечен у 15 больных, левосторонний у 10 больных, рецидивный – у 6 больных, двухсторонний 2 больных. Буллезная поражения легких соответственно встречалось правосторонняя-18, левосторонняя-10, двухсторонняя -2 больных. Диагностические ошибки на до госпитальном этапе наблюдали у 6 больных. Наиболее частыми неверными диагнозами при СП были стенокардия, инфаркт миокарда, миозит, невралгия, бронхит, пневмония, плеврит, холецистит. Буллезная эмфизема ни в одном случае не был диагностирован рентгенологически, только после тщательного обследования и проведения МСКТ грудной клетки были выявлены изменения в легких. В диагностике буллезной эмфиземы и его осложнения СП применяли следующий алгоритм: рентгенография легких, торакоскопия при СП, МСКТ, фибробронхоскопия, определения функции внешнего дыхания. По рентгенологической классификации СП распределен на 4 степени.

- 1-я степень- коллапс менее 30%, у 6 больных,
- 2-я степень- коллапс менее 50%, у 8 больных,
- 3-я степень- коллапс менее 75% ,у 10 больных,
- 4-я степень полный коллапс, у 1 больных.

При торакоскопии с целью оценки выявленных изменений наиболее удобной является классификация R.Vandershueren(1981г.):

- 1-тип-отсутствие видимой патологии – у 1 больных,
- 2-тип - наличие плевральных сращений в отсутствие изменений в паренхиме легкого- у 4 больных,
- 3-тип-небольшие субплевральные буллы до 2см в диаметре - у 25 больных,
- 4-тип-буллы более 2-хсм- у 20 больных.

Показанием к операции явились рецидив СП и буллезная поражения легких осложненной дыхательной недостаточностью.

Оперированы все 55 больных из них 12 случаях выполнена торакотомия полисегментарная резекция легких, коагуляция или ушивание булл, плевродезом.

В остальных случаях у 43 больных выполнена видеоторакоскопическая резекция или коагуляция булл, частичным плевродезом или плевроэктомией.

Приводим наше наблюдение:

Больной Ш-48 лет поступил в клинику ФАНОМЕД в плановом порядке 21.10.2023г, с жалобами на выраженную одышку, нехватку воздуха, боли в правой половине грудной клетки. На рентгенографии выявлено коллапс верхней доли правого легкого. МСКТ- буллезная поражения обеих легких, гигантские буллы верхней доли правого легкого, резкое смещение органов средостения влево. Больному после обследования 24.10.2023г произведена видеоторакоскопическая полисегментарная резекция верхней доли легкого, резекция булл и частичная плевроэктомия.



Послеоперационный период протекало гладко, легкое расправилось, дренажная трубка удалена на 4-сутки после операции.

Выводы: Применение видеоторакоскопии в комплексной диагностике и лечении буллёзной эмфиземы легкого позволяет установить его причину и снизить частоту рецидивов СП до 2,8%.

Видеоторакоскопия в сочетании с резекцией и коагуляцией булл, плевродезом и дренированием плевральной полости позволяет добиться расправления легкого без обычного оперативного вмешательства.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ.

**Н.Н.Назаров, М.М.Мадазимов, А.Л.Махмудов, А.А.Тургунбоев,
И.Х.-А.Н.Назирджонов**

**Андижанский государственный медицинский институт. Частная клиника
«ФАНОМЕД» Республика Узбекистан.**

Опухоли средостения — группа доброкачественных и злокачественных опухолей, различной структуры, находящиеся в анатомических пределах средостения и имеющих неорганическое происхождение. Частота новообразований средостения в структуре онкологических заболеваний составляет около 1%. Злокачественные и доброкачественные встречаются и диагностируются в соотношении 4: 1. Опухоли средостения выявляют преимущественно в молодом и среднем возрасте, заболевают одинаково часто мужчины и женщины. Открытые диагностические операции (медиастинотомия, диагностическая торако- и стернотомия) выполняются все реже ввиду их травматичности, а роль видеоторакоскопии как универсальной диагностической альтернативы до сих пор не вполне определена.

Цель исследования: улучшение хирургического лечения заболеваний средостения с помощью нового высокотехнологичного метода - видеоторакоскопии.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением в клинике «Фаномед» с 2020 по 2023 гг находились 58 больных с заболеваниями средостения, в возрасте от 17 до 67 лет. Больные были разделены на две группы основной и контрольную группу. В контрольную группу вошли больные которым для хирургического лечения образований средостения применялось традиционные методы то есть стернотомия, торакотомия. В основную группу вошли те больные которым произведена операция видеоторакоскопия. В контрольной группе вошли 36 больных, из них мужчин-20, женщин-16. Новообразование переднего средостения было диагностировано у 21 больных, из них тимомы у 13 больных (8\5), лимфома-2(1\1), киста перикарда-4(1\3), саркаидоз-2(0\2). В заднем средостении образования были диагностированы у 15 больных (9\ 6). Невринома диагностирована у 12 (8\4) больных, шваннома у 3 больных (1\2). В основной группе вошли 22 больных 14 мужчин, 8 женщин. Новообразование переднего средостения было диагностировано у 16 больных, из них тимомы-8 (6\2), лимфома у 3 больных (1\2), киста перикарда у 3 больных (1\2), саркаидоз у 2 больных (1\1). Новообразование заднего средостения диагностировано у 6 больных, из них невриномы у 5 больных (4\1), шваннома у 1



больного (1\0). Всем больным проведена комплексное общеклинические лабораторные инструментальные исследования а также рентгенография в 2-х позициях, МСКТ, МРТ при необходимости МСКТ ангиопульмонография и ПЭТ КТ.

Результаты исследования: У больных контрольной группе с образованиями тимуса произведена операция продольная стернотомия расширенная тимэктомия 13 случаях. В одном случае из за прорастания опухоли в перикард и в правое предсердие удалось частично удалить вилочковую железу с оставлением опухоли. В послеоперационном периоде у одного больного наступила нагноение послеоперационной раны медиастинит, которая была ликвидирована консервативными методами. Летальность наступила у одного больного в послеоперационном периоде на 3 сутки, причиной смерти массивная тромбоэмболия легочной артерии. В остальных случаях произведена боковая торакотомия в 5 м\р. Кисты перикарда во всех 4 –х случаях находились справа, были ликвидированы полностью. В 4-х случаях у больных с саркоидозом, и лимфомой операция закончилась резекцией опухоли и биопсией. У больных контрольной группе с новообразованиями заднего средостения произведена боковая торакотомия и удаление опухолей.

В основной группе у всех больных операция начато с видеоторакоскопией. У боьных с тимомой в 7 случаях ВТС проведен справа в одном случае слева. Полностью видеоторакоскопически произвести расширенную тимэктомию удалось у 6 больных. В 2-х случаях проведена конверсия. В одном случае из за прорастания опухоли в верхнюю долю слева произведена боковая торакотомия, расширенная тимэктомия, полисегментарная резекция верхней доли. В одном случае из за наступившегося массивного кровотечения пришлось произвести боковую торакотомию, после остановки кровотечения операция закончена расширенным тимэктомией. У больных с кистами перикарда(все случаи находись справа) полностью удалось ликвидироват кисты с помощью ВТС. У5 больных с лимфомой и саркоидозом видеоторакоскопически удалось резецировать основной участок опухоли и взять биопсию. У этой группе больных в послеоперационном периоде осложнений не было. У ббольных основной группе с новообразованиями заднего средостения с помощью ВТС удалось удалить образования без дополнительных разрезов. В послеоперационном периоде в основной группе больных восстановление дыхательной функции и экстубация произведена на ранние часы на 0,5-1 час п\о, чем в контрольной группе на 2-5 часа (особенно у больных тимомой с миастиническим синдромом). У больных основной группе по сравнению контрольной отмечалось уменьшение болевых ощущений в один день, одну неделю и 2-4 недели. Отмечалось снижение потребности в анальгетиках после операции, улучшение качества жизни. Сокращение срока пребывания в больнице на 2,6 дня. Нахождение дренажной трубки соответственно сокращалось у больных основной группе по сравнению контрольной на 2-3 сутки после операции у основной группе чем на 4-5 сутки контрольной группе.

Выводы: ВТС продемонстрировал превосходство по сравнению с торакотомией, и выявил множество преимуществ за счет увеличения времени на интраоперационном периоде. Эти преимущества включают снижение потери крови, снижение острой и хронической боли, сокращение потребностей в послеоперационных анальгетиков.

ПОСЛЕДСТВИЯ КИСЛОТНЫХ ДОЖДЕЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СРЕДУ И НА ЧЕЛОВЕКА

**Назарова Ёркиной Халпажановна,
ассистент кафедры "Медицинской и биологической химии" Ферганский
медицинский институт общественного здравоохранения. Сабирова Хуснигул
Гайратовна ассистент кафедры "Медицинской и биологической химии"
Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения.**

Аннотация. Кислотные дожди – это одно из последствий загрязнения воздуха. Газы, образующиеся при сжигании топлива, вступают в реакцию с кислородом и водяным паром, превращаясь в кислоты, которые падают на поверхность земли в виде дождя. Происходит подкисление земли и грунтовых вод, из-за чего оказывается разрушительное воздействие на экосистемы. Такое явление представляет серьезную опасность для живых существ на планете.

Ключевые слова: уровень pH, кислотные ожоги, кислотные грады, деградация

Кислотные дожди – это серьезная экологическая проблема, причиной которой является загрязнение окружающей среды. Их частое появление пугает не только ученых, но и простых людей, ведь подобные осадки могут оказать негативное влияние на здоровье человека. Характеризует кислотный дождь пониженный уровень pH. Для обычных осадков этот показатель равен 5,6, и даже небольшое нарушение нормы чревато серьезными последствиями для живых организмов, попавших в зону поражения. Причины кислотных дождей – извержения вулканов, землетрясения, природные пожары, молнии и некоторые другие процессы на уровне микроорганизмов. Из-за них в атмосферу выделяется диоксид серы и оксид азота. Но именно деятельность человека является причиной большинства выбросов диоксида серы, а именно:

- Сжигание топлива в промышленности и на электростанциях;

- Выхлопные газы транспортных средств – образуют половину выбросов оксида азота;

Выпадение кислотных дождей связано с тем, что загрязнения из этих источников может переноситься на большие расстояния от места их возникновения. При контакте с атмосферой происходит окисление, из-за чего образуются серная и азотная кислоты. Они растворяются в каплях воды в облаках и выпадают на поверхность земли в виде кислотных дождей, снега или тумана.

При существенном сдвиге пониженный уровень кислотности становится причиной гибели рыб, земноводных, насекомых. Также в районе, где отмечены такие осадки, можно заметить кислотные ожоги на листьях деревьев, отмирание некоторых растений.

Отрицательные последствия выпадения кислотных дождей существуют и для человека. После ливня в атмосфере скапливаются токсические газы, и вдыхать их крайне не рекомендуется. Небольшая прогулка под кислотным дождем может стать причиной астмы, сердечных и легочных заболеваний.

Проблема кислотных дождей уже давно носит глобальный характер, и каждому жителю планеты следует задуматься о своем вкладе в данное природное явление. Все



вредные вещества, попадающие в воздух в процессе жизнедеятельности человека, никуда не исчезают, а остаются в атмосфере и рано или поздно возвращаются на землю в виде осадков. При этом последствия кислотных дождей настолько серьезны, что на их устранение порой требуются сотни лет.

С повышением кислотности почвы и образованием растворимых форм токсичных металлов активность микроорганизмов резко снижается. В почве содержатся различные микроорганизмы: бактерии, грибы, вирусы и др. Большинство из них перерабатывает лесную подстилку, улучшает структуру почвы, переводит органические соединения в усвояемые формы. Снижение активности микроорганизмов приводит к ухудшению качества почвы, что отрицательно сказывается на жизнедеятельности растений.

В результате действия даже одного из названных факторов происходит деградация или гибель дикорастущих растений, снижается продуктивность сельскохозяйственных растений. В первую очередь погибают некоторые лишайники, которые считаются «индикаторами» чистого воздуха. Кислотные осадки влияют также на кустарниковую и древесную растительность. Они вызывают массовые заболевания лесов, особенно хвойных, составляющих основную часть лесных площадей России, Европы и Северной Америки. Кислотные дожди омертвляют леса. Леса высыхают, развивается сухостойность деревьев на больших площадях. Чаще всего страдают ель, сосна, пихта, потому что смена хвои происходит реже, чем смена листьев, и хвоя накапливает больше веществ-загрязнителей за один и тот же период времени.

Выводы. Для того чтобы узнать, какими могут быть последствия кислотных дождей, следует разобраться в самом понятии рассматриваемого природного явления. Так ученые сходятся во мнении, что это определение является слишком узким, чтобы обрисовать глобальную проблему. Нельзя принимать во внимание только дожди – кислотные грады, туманы и снега также являются носителями вредных веществ, поскольку процессы их образования во многом идентичны. Кроме того, в засушливую погоду могут появляться токсические газы или пылевые облака. Они также являются разновидностью кислотных осадков. Проблема кислотных дождей носит на планете глобальный характер. В связи с этим решить её можно только, если объединить усилия огромного количества людей. Один из основных методов решения данной проблемы – это сокращение вредных промышленных выбросов в воздух и сбросов в воду. На всех предприятиях необходимо использовать очистительные фильтры и сооружения. Наиболее долговременным, дорогостоящим, но и самым перспективным решением проблемы есть создание в дальнейшем экологически безопасных предприятий. Все современные технологии должны использоваться с учётом оценки влияния деятельности на окружающую среду.

ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Нарзуллаев Н.У., Шомуродов Х.Ш., Умарова М.Н.

**Кафедра отоларингологии Бухарского государственного медицинского
института Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи**

Вследствие высокой смертности после перенесенного инсульта, которая в Узбекистане остается одной из наиболее высоких в мире, оптимизация ранней реабилитации инсультов приобрела в последние десятилетия особую значимость. Причем в 68% случаев причиной смерти у пациентов, перенесших инсульт в возрасте старше 60 лет, являются осложнения, присоединяющиеся к основному патологическому процессу, тогда как непосредственная тяжесть инсульта – только в 32%. С целью изучения эффективности рефлексотерапии в коррекции иммунологических нарушений в остром периоде ишемического инсульта выполнено клинико-иммунологическое обследование 45 пациентов (на 2-е сутки пребывания пациентов в стационаре и через 15 дней от начала курса ранней реабилитации). В основной группе пациентов (30 человек), у которых базовый комплекс реабилитационных мероприятий был оптимизирован включением рефлексотерапии, отмечено достоверное улучшение ряда показателей клеточного и гуморального иммунитета: снижение лейкоцитов в периферической крови ($p < 0,05$), повышение содержания лимфоцитов ($p < 0,05$), относительных и абсолютных показателей содержания Т-лимфоцитов (CD3+) ($p < 0,01$ и $p < 0,05$, соответственно), иммунорегуляторных клеток Т-хелперов (CD4+) ($p < 0,05$), снижение количества В-лимфоцитов до нормальных величин ($p < 0,01$) и повышение уровня IgG ($p < 0,05$). В контрольной группе (15 человек), где проводилось стандартное лечение, настолько выраженной динамики показателей не наблюдалось. Таким образом, проведенное комплексное клинико-иммунологическое исследование эффективности немедикаментозной коррекции иммунологических нарушений в остром периоде ишемического инсульта показало высокую эффективность иглорефлексотерапии, при относительной простоте и безопасности ее применения.

ПРИНЦИПЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ЗОЖ)

**Насирдинова М.В., Салиева М.Х., Минаваров А.А., Ходжихматова Р.Ю.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Здоровый образ жизни представляет собой систему жизненных ценностей направленных на то, чтобы вести активный образ жизни, правильно питаться и тем самым предотвращать заболевания и повышать естественную сопротивляемость организма. Существует целый ряд обстоятельств, общих для всех людей и построенных на базисных принципах организации и



содержания ЗОЖ. Активным носителем ЗОЖ является конкретный человек как субъект и объект своей жизнедеятельности и социального статуса.

Материалы и методы исследования. В реализации ЗОЖ человек выступает в единстве своих биологического и социального начал. В основе формирования ЗОЖ лежит личностно-мотивационная установка человека на воплощение своих социальных, физических, интеллектуальных и психических возможностей и способностей. ЗОЖ является наиболее эффективным средством и методом обеспечения здоровья, первичной профилактики болезней и удовлетворения жизненно важной потребности в здоровье. Итак, у каждого человека должна быть своя система здоровья как совокупность обстоятельств образа жизни, которые он реализует. Понятно, что для выработки «своей» системы человек перепробует различные средства и системы, проанализирует их приемлемость для него и эффективность, отберет лучшее.

Результаты исследования. С учетом всех указанных предпосылок, которым должна соответствовать здоровая жизнедеятельность человека, можно сформулировать принципы организации и содержания ЗОЖ.

1. Принцип ответственности за свое здоровье: только разумное отношение к здоровью позволяет человеку на долгие годы сохранить бодрость, высокую работоспособность, социальную активность и достичь долголетия. И, разумеется, каждый человек должен понимать, что его здоровье — это спокойствие близких ему людей, жизнеспособность его будущих детей и сила страны. Только изо дня в день, поддерживая и укрепляя свое здоровье, отказываясь от вредных здоровью соблазнов, человек может сохранить до глубокой старости ощущение счастья и высокую работоспособность.

2. Принцип комплексности: нельзя сохранять здоровье по частям. Здоровье означает согласованное действие всех систем организма и личности, так что изменение в любом из них обязательно скажется на здоровье в целом. Поэтому не стоит пренебрегать ни одной из «частей» единого здоровья. Чтобы обеспечить их гармоничное взаимодействие, необходимо уделять внимание всему комплексу обстоятельств, формирующих образ жизни данного человека. При этом тренироваться должны практически все функциональные системы: сердечно-сосудистая, иммунитет, пищеварительная, опорно-двигательная, дыхательная и т.п.

3. Принцип индивидуализации обусловлен той предпосылкой, что каждый человек уникален как с точки зрения биологической (генотипической), так и психологической и социальной.

Выводы. Таким образом, программа и организация ЗОЖ для данного человека должны определяться следующими основными посылками: индивидуально-типологическими наследственными факторами; объективными социальными и общественно-экономическими условиями; конкретными обстоятельствами жизнедеятельности, в которых осуществляется семейно-бытовая и профессиональная деятельность; личностно-мотивационными факторами, определяемыми мировоззрением и культурой человека и степенью их ориентации на здоровье и ЗОЖ.



**ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ.**

Некова Камилла Хусеновна

**Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,
Лечебное дело 2 курс Научный руководитель: Бабаджанова З. Х.**

Цель исследования: Оценка эффективности немедикаментозных методов лечения синдрома артериальной гипертензии в первичной медицинской помощи.

Материалы и методы. При выборе пациентов для профилактических медицинских осмотров в 23-м городском поликлиническом участке Бухарской области, а также при заполнении профилактических медицинских карт и медицинских карт амбулаторных пациентов проводилась диагностика артериальной гипертензии согласно рекомендациям Республиканского клинико-инструментального центра. Для диагностики гипертензии использовался критерий систолического кровяного давления 140 мм рт. ст. и выше и/или диастолического кровяного давления 90 мм рт. ст. и выше. Коротков минимум дважды винтил после 30-минутного отдыха между приемами, с интервалом не менее одной недели. Симптоматическая гипертензия была исключена, и диагностика сосудистого поражения сердца и сосудов проводилась на основе результатов широкообъемного обследования, включая жалобы, анамнез, образ жизни пациента и общие клинические методы.

Результаты исследования. На основе введения и вывода информации смотря по применяемым критериям, главная группа, участвующая в данном исследовании, составила 83 человека в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $37,45 \pm 0,15$ лет), с уровнем развития I степени артериальной гипертензии и средним риском развития ишемической болезни сердца. Наблюдательная группа состояла из 23 жителей района 23-го поликлинического участка Бухарской области, рассмотрены по возрасту и полу, их артериальное давление соответствовало оптимальным и нормальным категориям по возрасту и полу. В ходе исследования было установлено, что высокий уровень расхождения в показателях суточного мониторингирования артериального давления обнаружен среди пациентов, страдающих гипертонией (49,6%) и здоровых контрольных лиц (47,6%; $b = 0,258$; $p > 0,05$), что соответствует международным классификациям BRFSS - 26.0 и 25.4. Результаты показали незначительное отличие в процентах ($p = 0,089$; $p > 0,05$), что согласуется с данными большинства исследований. Вывод. Исследования показывают, что характеристики ответа на артериальной гипертензии в молодом возрасте характеризуются отсутствием специфичных субъективных симптомов и слабой явной выраженностью болезни, что затрудняет раннюю диагностику. У молодых людей, страдающих артериальной гипертонией, риск развития сердечно-сосудистых осложнений значительно возрастает из-за факторов образа жизни, таких как семейный анамнез (89,5%), психоэмоциональный стресс (92,7%), употребление алкоголя (91,9%), атерогенное питание (67,5%), высокий уровень табачного употребления (49,6%). Таким образом, отмечается важность ранней диагностики и продолжения исследований в этой

области для эффективного контроля артериальной гипертонии у молодых людей и предотвращения серьезных осложнений.

Заболевания сердечно-сосудистой системы и их проявления у молодых людей с высоким АД, которые представляют угрозу для здоровья, требуют проведения популяционной профилактики, направленной на устранение факторов, влияющих на изменение качества жизни. Для предотвращения проявления заболеваний сердечно-сосудистой системы и улучшения клинической эффективности немедикаментозной коррекции в амбулаторно-поликлинических условиях необходимо проводить программу "Школа здоровья" для молодежи с высоким АД и членов их семей.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

**Норматова Камола Юлдашевна, Шерова Зебо Норбобаевна
Ташкентский Педиатрический Медицинский институт.**

Актуальность: Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) занимают одно из наиболее важных мест в педиатрической практике. Основные показания к применению НПВС у детей: различные состояния, сопровождающиеся болью, лихорадкой и воспалением. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), НПВС по частоте применения занимают 2-е место. Несмотря на клиническую эффективность, НПВС имеет свои побочные эффекты, которые встречаются, примерно, в каждом четвертом случае, а у 5% больных могут представлять серьезную угрозу для жизни. Так, например: ибупрофен, напроксен, фенпрофен могут вызвать острый канальцевый некроз, а фенилбутазон наряду с этим стимулирует урикозурический эффект с последующей кристаллизацией мочевой кислоты в канальцах; анальгин вызывает агранулоцитоз и нефропатию, нимесулид гепатотоксичен.

Цели исследования: Определить эффективность и безопасность применения ибупрофена при лихорадке у детей.

Материалы и методы: Мы наблюдали за 40 детьми в возрасте от 6 месяцев до 10 лет с диагнозом острая респираторная инфекция, которые в качестве жаропонижающего средства получали ибупрофен. Определялись эффективность и безопасность приёма ибупрофена. Полученные результаты сопоставляли с литературными данными.

Результаты исследования: Препаратами выбора при лихорадке у детей является парацетамол и ибупрофен. По литературным данным среди всех неселективных НПВС ибупрофен обладает наименьшей гастротоксичностью, выраженность ulcerогенного действия у НПВС можно представить в виде убывания проявлений: индометацин> аспирин>пироксикам>напроксен> ибупрофен>диклофенак>анальгин. Ульцерогенность усиливается при одновременном применении НПВС с глюкокортикоидами, цитостатиками. Ибупрофен обладает хорошим жаропонижающим, анальгезирующим и противовоспалительным действием. Мы использовали ибупрофен в качестве жаропонижающего средства у 50 детей с лихорадкой. Среднее значение температуры составило $39,1 \pm 0,6^\circ\text{C}$. Через 40-60 минут

после применения препарата, температура снизилась до $37,9 \pm 0,4^{\circ}\text{C}$, а через 90-120 минут до $37,3 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$. Нежелательные явления отмечались у 2 детей в виде аллергической сыпи и у одного ребенка-боли в животе. У троих детей эффект был слабым. Мы оценили препарат как эффективный и безопасный в 94% случаях.

Выводы: 1. Ибупрофен, как жаропонижающее средство назначают при повышении температуры тела выше $38,5^{\circ}\text{C}$, не длительно.

2. При назначении Ибупрофена следует учитывать его взаимодействие с другими препаратами.

ФОРМИРОВАНИИ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПОМОЩЬЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО АБАТМЕНТА

Нормирзаев Ш.Н., Ризаева С.М., Муслимова Д.М.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Актуальность. На сегодняшний день все большее распространение получает протезирование на имплантатах. Большинство клиницистов используют при имплантации метод отсроченной нагрузки, который имеет наименьший процент осложнений и является классическим. Вместе с тем, в последнее время возрастает интерес к имплантации с немедленной нагрузкой, когда пациенту сразу же после установки имплантата изготавливают временную конструкцию, которая не только замещает отсутствующие зубы, но и воздействует на подлежащие ткани. В статье представлена информация об использовании авторской конструкции индивидуального абатмента, используемого одновременно как протез и как формирователь десневого желобка.

Ключевые слова: имплантация, формирователь десны, десневой желобок, индивидуальный абатмент.

Цель исследования: получение точной эстетики

Материалы и методы исследования: При протезировании на имплантатах классическим методом после формирования десны в тот же имплантат устанавливает абатмент. Его форма определяется будущим протезом. Конструкция ряда абатментов позволяет использовать его в двух вариантах: непосредственно по прямому назначению – для закрепления на нём коронки зуба, и как формирователь десны, для чего на абатмент закрепляют заживляющий колпачок. При использовании абатментов в качестве формирователя десны нередко формируются только недостающие в свободной десне межзубные сосочки. Свободная десна охватывает зуб неплотно, в результате чего остаётся открытым доступ для вирусной и бактериальной инфекции во внутренний имплантируемый объём альвеолярного отростка, что повышает возможность возникновения воспалительных процессов и ухудшает условия для быстрого заживления мягких тканей в области формирователя десны. По этой же причине при одноэтапной имплантации, когда на абатмент сразу закрепляют коронку замещаемого зуба, ухудшаются условия для заживления тканей. Преимуществом индивидуализации абатмента является то что он изготавливается в форме зуба и может выполнить роль временной коронки, на боковой поверхности которого в

области шейки выполнен круговой желобок. Индивидуализировать абатмента можно с помощью пластмассы, а также композитных материалов. Многие стоматологи размещают белые и ровные искусственные коронки на имплантатах. Но мало кто задумывается, что в восстановлении нуждается не только зубной ряд, но и десна, которая утратила естественный контур в той области, где выпал зуб. Именно поэтому, одним из этапов имплантации является установка формирователя десны. Назначение формирователя – создание естественного контура десны вокруг зубного протеза. От правильности его установки зависит красота зубного ряда. Внешне изделие напоминает металлический болт, на цилиндрическую ножку которого нанесена плотная резьба. Формирователь прикручивают непосредственно к вживленному имплантату и крепко фиксируют, чтобы он не выпал. Размер и форма изделия подбираются индивидуально для каждого пациента и зависят от габаритов и расположения будущего зубного протеза. Формирователи могут быть сделаны из следующих материалов: титана, циркония, пластика, керамики. После установки абатмента авторской конструкции на имплантат в процессе формирования десны образуется фиброзное кольцо, которое плотно охватывает шейку замещающего зуба – абатмента, аналогично десневому желобку. Таким образом, обеспечивается возможность создания в процессе формирования десны герметизирующей структуры, препятствующей проникновению в альвеолярный отросток инфекции, вызывающей возникновение и развитие патологических процессов. Это способствует быстрому заживлению мягких тканей десны в процессе её формирования в области абатмента, что особенно важно при использовании абатмента для одноэтапного протезирования. Важно отметить, что улучшается эстетика результатов протезирования. Заключение. Использование индивидуальных модифицированных формирователей десны вокруг дентальных имплантатов после их остеоинтеграции показало наилучшей эффективности для формирования десны. Сравнительная клинико-функциональная оценка регенерации мягких тканей вокруг дентальных имплантатов в период формирования десны выявила, что имплантация по методу индивидуального немедленного формирования десны был средним 25-30 процент положительных преимуществ по сравнению с двумя другими методами (имплантация по методу традиционного отсроченного и индивидуального отсроченного формирования десны). Разработан авторский метод немедленного формирования десны «композитное озеро», который способствует немедленному формированию десны соответственно профилю прорезывания определенной группы зубов. Данный способ формирования десны обеспечивает плотный охват десной пришеечной части имплантата, что создает благоприятные условия для регенерации мягких тканей и приводит к достижению защитной барьерной функции на границе имплантат - десна и сокращает сроки заживления в 2 раза.



СПОСОБ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ

**Норов М.Ч., Мустафакулов И.Б., Махамадаминов А.Г.
Сам ГМУ1 и ЦРПКМР2 МЗ РУз**

Цель исследования. Несмотря на современные достижения диагностических технологий, развитие хирургической техники, анестезиологии и интенсивной терапии, фармакологии, до настоящего времени однозначного решения проблемы диагностики и лечения закрытых повреждений полых органов (ЗППО) при травмах живота не существует. Между тем, распространенность ЗППО в структуре травм живота достигает от 16,3 % до 43% [Иноземцев Е. О. с соавт., 2017; Кухарев Д.И., 2018; Гольбрайх В.А. с соавт., 2019; Butcher N. et al., 2013; Simmel S. et al., 2013; Gross T. et al., 2016].

Материал и методы исследования. Решение данной задачи нами было осуществлено путем модификации и адаптации к закрытым травмам живота известных шкал ISS и SAPS. В связи с этим нами была поставлена задача разработки интегральной шкалы прогнозирования вероятности тяжелого течения ЗППО при травмах живота. Решение данной задачи нами было осуществлено путем модификации и адаптации к закрытым травмам живота известных шкал ISS и SAPS.

При этом были проведены ретроспективные исследования по определению прогностической значимости и статистической достоверности антропометрических, клинических, инструментальных и лабораторных показателей риска развития тяжелого течения закрытых абдоминальных травм сопровождающихся с повреждением полых органов брюшной полости.

Статистический анализ проводился отдельно в группах пациентов, у которых не наблюдалось тяжелого течения ЗППО и в группе пациентов, у которых отмечалось тяжелое течение последних. Нами рассчитывались значения χ^2 для каждого из выбранных показателей. Критическое значение последнего составляло 3,84. Превышение рассчитанных показателей χ^2 данного критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности данного показателя ($P < 0,01$).

Результаты исследования. В результате проведенных соответствующих расчетов нами были получены данные, свидетельствующие о статистической достоверности и прогностической значимости 22 предикторов. Из данных явствует, что в результате проведенных соответствующих расчетов статистически достоверными оказались такие предикторы как: возраст >50 лет, ISS ≥ 25 , кровопотеря >1000 мл, ожирение (ИМТ >30), сопутствующие заболевания, наличие сахарного диабета, систолическое АД <70 мм.рт.ст., пульс >120 в 1 мин, сознание по шкале Глазго <11 , Hb крови <90 мг/мл, лейкоциты крови >10000 (кл/мм³), ВСК $<3,0$ мин, ФБ А $<3,2$ ммоль/л, креатинин $>10,0$ мг/дл, диурез $<1,0$ мл/кг/час, калий $<2,5$ мэкв/л, вздутие живота, притупление в отлогих местах живота, отсутствие перистальтики кишечника, свободный воздух в брюшной полости, жидкость в брюшной полости, наличие забрюшинной гематомы, гнойно-каловый перитонит.



После установления статистически достоверности предикторов в исследовательских группах нам предстояло определение их прогностической значимости. С этой целью нами произведены соответствующие расчеты по формуле расчета прогностических коэффициентов (ПК). ДК принято считать логарифм отношения вероятностей симптомов при болезнях В1 и В2, взятый с двумя знаками после запятой и умноженный на 100.

Выводы. Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что предложенная нами интегральная шкала прогноза вероятности тяжелого течения ЗППО при травмах живота отличается высокими показателями чувствительности, специфичности и общей точности и позволяет достоверно прогнозировать риск тяжелого течения данных повреждений.

Широкое применение интегральной шкалы у больных с ЗППО при травмах живота позволяет оптимизировать лечебно-диагностический процесс и существенно улучшить результаты лечения этого тяжелого контингента ургентных больных.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ВИНТЕЛЬНОГО ПАДЕЖА ПРИ НАПИСАНИИ ТАБЛЕТОК, МАЗЕЙ, ЛИНИМЕНТОВ

Носиралиева Муслима

Андижанский государственный медицинский институт

Названия лекарственных форм после слова Recipe могут ставиться не только в родительном, но и в винительном падеже.

В этом случае грамматические отношения в латинской части рецепта можно изобразить схематически следующим образом:

Или

Возьми что?(Acc.) чего? (Gen.) в каком количестве?

Recipe: Suppositorium “Anusolum” numero 6

ВВозьми что?(Acc.) коммерческое в каком количестве?
название в Nom.

Recipe: Tabulettas “Tetravitum” numero 20

Возьми: Таблетки «Тетравит» числом 20озьми: Свечу «Анузол» числом 6

Не стоит заикливаться на изучении всей системы латинских падежных окончаний. Нужно запомнить написание конкретных лекарственных форм.

Сводная таблица:

Рецептурная пропись лекарственных форм в винительном падеже единственного и множественного числа

Винительный падеж единственного
числа

Винительный падеж множественного
числа

Существительные 1 склонения

Tabulettam (obductam) - таблетку,

Tabulettas (obductas) - таблетки,

покрытую оболочкой

покрытые оболочкой

Существительные 2 склонения

Gelum - гель

не употребляется

Linimentum - линимент

не употребляется

Unguentum - мазь

не употребляется

Suppositorium (vaginale, rectale) -
свечу (вагинальную, ректальную)

Suppositoria (vaginalia, rectalia) - свечи
(вагинальные, ректальные)

В винительном падеже единственного числа выписываются указанные ниже лекарственные формы, если в рецепте отсутствует указание на дозировку, а приводится лишь количество стандартных коммерческих лекарственных препаратов сложного состава (баллонов, тюбиков, баночек и т.д.) со словом numero или фразой Da tales doses numero ...:

Recipe: Unguentum "Antipsoriaticum" numero 2

Da. Signa: Наносить на очаги поражения 2 раза в сутки

Recipe: Linimentum "Aloromum" numero 2

Da. Signa: Наносить на кожу тонким слоем 2 раза в день;

Recipe: Gelum "Fenistilum" numero 1

Da. Signa: Наносить на пораженный участок кожи

Если в рецепте с данными лекарственными формами указывается количество лекарственного вещества, эти лекарственные формы ставятся в родительном падеже единственного числа:

Мази

Recipe: Unguenti "Undecinum" 25,0

Da. Signa: Смазывать кожу при эпидермофитии

Recipe: Unguenti Aethyli aminobenzoatis 5% - 10,0

Da. Signa: Смазывать кожу

Линименты

Recipe: Linimenti "Sanitas" 50,0

Da. Signa: Втирать в очаги депигментации 2 раза в сутки

Recipe: Linimenti Thesani 30,0

Da. Signa: Смазывать облученную поверхность кожи

Твердые лекарственные формы

Таблетки

Как было указано выше, в рецептах после Recipe употребляется форма винительного падежа множественного (Tabulettas) и, редко, единственного числа (Tabulettam).

При выписывании таблеток обычно пользуются двумя формами прописи:

Recipe: Tabulettam Labetaloli 0,1

Da tales doses numero 30

Da. Signa: по 1 таблетке 3 раз в сутки

Recipe: Tabulettas "Nicoverinum" numero 20



Da tales doses numëro 10

Signa: По 1 таблетке 2 разавдень

Suppositoria cum Nystatino 250 000 ЕД

Da tales dosesnumëro 10

Da. Signa: По 1 суппозиторию во влагалище 2 раза в день

Recipe: Tabulettam „Nicoverinum“ numëro 20

Da. Signa: По 1 таблетке 3 раза в сутки

Recipe: Suppositorium cum Ichthyolo 0,2

Da tales dosesnumëro 10

Da. Signa: По 1 свече в прямую кишку 2 раза в сутки

Некоторые таблетки, имеющие комбинированный состав, известны под специальными коммерческими названиями. Они выписываются следующим образом: пропись начинается словом “Tabulettas”, далее следует название лекарственного вещества в именительном падеже в кавычках и количество таблеток после слова “numero”:

Recipe: Tabulettas “Nicovermum” numero 20

Da. Signa: По 1 таблетке 2 разавдень

Слово obductus (покрытый оболочкой) всегда имеет то же окончание, что и определяемое существительное tabuletta: tabulettas ... obductas, in tabulettis obductis, tabulettam ... obductam и т.д.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТАТОМ С НОВЫМ КОМПОЗИТНОМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Носиров М.М.¹, Бабаджанов А.Х.² 1

Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

**2 Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр хирургии имени академика В.Вахидова, г.Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Улучшить результаты аллогерниопластики при вентральных грыжах путем разработки биосовместимого сетчатого протеза с композитным покрытием.

Материалы и методы исследования. Клиническая часть исследований основана на анализе результатов аллогерниопластики при послеоперационных вентральных грыжах у 295 пациентов, которые были оперированы на базе хирургического отделения Андижанского городского медицинского объединения и клиники Андижанского государственного медицинского института в период с 2018 по 2023 гг. С учетом примененных методов аллогерниопластики все пациенты были разделены на две группы. В группу сравнения включено 159 пациентов, оперированных за период с 2018 по 2020 гг. В этих случаях реконструктивная (Onlay) или корригирующая аллогерниопластика (ушивание брюшины без ушивания краев апоневроза с фиксацией протеза к краям апоневроза) выполнялась традиционным способом. Основную группу составили 136 пациентов, у которых за период 2020 по 2023 года применен новый способ аллогерниопластики с использованием

композитного покрытия поверх сетчатого протеза и интраоперационного лазерного воздействия на имплантат после его фиксации. С учетом, что данное клиническое исследование является первым анализом эффективности применения разработанного композитного покрытия для сетчатого протеза, пациентам выполнялись только два вида пластики. Реконструктивная пластика (фиксация протеза Onlay) произведена в 85 (53,5%) случаях в группе сравнения и у 71 (52,2%) пациента в основной группе. Корректирующая пластика – без сшивания краев апоневроза с укладкой сетчатого протеза поверх брюшины и фиксацией к краям апоневроза, была выполнена у 74 (46,5%) и 65 (47,8%) пациентов соответственно.

Результаты исследования. Клиническое исследование в сравнительном аспекте проведено в двух группах больных. При этом сетчатый протез в обеих группах был абсолютно одинаковый (Сетка Эсфил легкий), но в основной группе после выполнения подготовительного этапа перед фиксацией протеза последний покрывался разработанным вариантом композитного покрытия. В группе сравнения было 159 пациентов, в основной группе – 136 больных, сопоставимых по всем основным клиническим признакам. Одними из ключевых показателей качества послеоперационной реабилитации являются количество отделяемого по дренажу и сроки дренирования, длительность госпитального периода. В группе сравнения дренирование не потребовалось только в 17,6% (28 пациентов) случаев, тогда как в основной группе этот показатель увеличился фактически в 2 раза – 33,8% (у 46 из 136 пациентов). Через 2-3 суток дренажи были удалены у 53 (33,3%) и 58 (42,6%) пациентов соответственно. Фактически у половины больных в группе сравнения сроки дренирования составили 4-5 суток – 42,1% и более 5 суток – 6,9%. В основной группе эти значения были существенно меньше – 22,1% и 1,5%. Соответственно качеству течения раннего послеоперационного периода в основной группе в целом были получены существенно меньшие показатели среднего срока дренирования и госпитального периода. В частности, сроки дренирования составили $3,9 \pm 1,3$ суток в группе сравнения и $2,9 \pm 1,1$ суток в основной группе. После операции больные провели в стационаре $7,2 \pm 2,5$ и $5,8 \pm 1,5$ суток соответственно. Общий госпитальный период также сократился с $8,6 \pm 2,5$ до $7,1 \pm 1,4$ суток. В группе сравнения всего выявлено 42 осложнения – 26,4%, в основной группе осложнения отмечены у 10 (7,4%) пациентов. В структуре осложнений в группе сравнения преобладали серомы – 14,5% (23 пациента) и инфильтрат в области раны – 6,9% (11), по 2 (1,9%) случая нагноения раны и расхождение краев раны, у 2 (1,3%) пациентов были гематомы. В случае сером и гематом к осложнениям относили только с тех пациентов, у которых проводилась чресраневая эвакуация жидкостных скоплений. В основной группе серомы, потребовавшие пункции отмечены у 5 (3,7% пациентов, инфильтрат у 3 (2,2%), расхождение краев раны и нагноение по 1 (0,7%) случаю.

Среди системных осложнений выделены бронхолегочные и сердечно-сосудистые. Всего в группе сравнения системных осложнений выделено 15 (9,4%), в основной группе – 8 (5,9%). В сравнительном аспекте в основной группе отмечено достоверное снижение частоты раневых осложнений и числа больных с осложненным течением раннего послеоперационного периода. Так, частота раневых осложнений сократилась с 26,4% до 7,4%, по частоте системных осложнений достоверной разницы не получено (9,4% против 5,9%). В группе сравнения было 47 (29,6%) пациентов с

различными осложнениями, тогда как в основной группе осложнения развились у 13 (9,6%). Соответственно без осложнений было выписано 112 (70,4%) пациентов в группе сравнения и 123 (90,4%) в основной группе. В основной группе эти значения распределились на 5,9% (8), 0,7% (1) и 0,7% (1) случаев соответственно. Большинство системных осложнений было отнесено к I степени в обеих группах. Распределение всех осложнений в группе сравнения показало, к I степени было отнесено 22,6% (36) случаев, ко II степени – 5,0% (8) и к IIIa степени – 1,9% (3). В основной группе эти значения распределились на 7,4% (10), 1,5% (2) и 0,7% (1) случаев соответственно. Таким образом, первичные клинические исследования показали, что предложенный способ аллогерниопластики за счет применения сетчатого имплантата с композитным покрытием способствует снижению активности развития локальных воспалительных процессов с сокращением частоты развития специфических раневых осложнений с 26,4% (у 42 из 159 пациентов в группе сравнения) до 7,4% (у 10 из 136 пациентов в основной группе, при этом с учетом зарегистрированных системных осложнений общая доля больных, выписанных без каких-либо осложнений увеличилась с 70,4% (у 112 из 159 пациентов в группе сравнения) до 90,4% (у 123 из 136 пациентов в основной группе). Заключение. Клиническая оценка ближайшего периода после аллогерниопластики показала, что применение сетчатого имплантата с композитным покрытием способствует снижению активности развития локальных инфильтративно-воспалительных процессов, которое проявлялось сокращением частоты раневых осложнений с 26,4% до 7,4%, при этом общая доля больных, выписанных без раневых и системных осложнений увеличилась с 70,4% до 90,4%, соответственно продолжительность всего госпитального этапа сократилась с $8,6 \pm 2,5$ до $7,1 \pm 1,4$ суток.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ТИМЭКТОМИРОВАННЫХ ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Нуралиева У.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования. Выявление количественных и качественных изменений микрофлоры толстого кишечника у тимэктомированных лабораторных животных и оценка результатов исследования.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели исследования были использованы 55 белых беспородных крыс, в возрасте 3 месяцев, весом 160-180 г. Животные содержались в транспортных клетках с подстилкой из опилок. Для предотвращения влияния копрофагии на аутофлору опилки меняли ежедневно. При исследовании были соблюдены правила биологической безопасности и этические принципы отношения к животным. Исследование было одобрено Этическим комитетом МЗ РУз (№5/12-1679 от 05.07.2022 года). Для изучения роли тимуса в регуляции нормальной микрофлоры толстого кишечника была создана модель тимэктомии у белых беспородных крыс. Бактериологические исследования по изучению нормальной микрофлоры толстого кишечника проведены традиционными

методами. Статистику полученных результатов проводили традиционными методами вариационной статистики.

Результаты исследований. Все исследуемые животные были разделены на следующие группы: 1-группа - интактные лабораторные животные (контроль, $n=15$); 2-группа - лабораторные животные, у которых определение микробиоценоза толстого кишечника проводили через 1 месяц после тимэктомии ($n=20$); 3-группа - лабораторные животные, у которых определение микробиоценоза толстого кишечника проводили через 3 месяца после тимэктомии ($n=20$).

Для изучения влияния тимэктомии на количественный и качественный состав микрофлоры были идентифицированы индигенные и факультативные микроорганизмы и через 3 месяца после тимэктомии. Полученные результаты показали продолжение количественного снижения индигенных микроорганизмов через 3 месяца после тимэктомии, достигая у *Lactobacillus* spp до $6,56 \pm 0,49$ КОЕ/мл, а у *Bifidobacterium* spp до $5,71 \pm 0,26$ КОЕ/мл, *Bacterioides* spp до $4,37 \pm 0,24$ КОЕ/мл, а у *E.coli* (лактоза «+») до $4,17 \pm 0,63$ КОЕ/мл что были достоверно снижены от данных интактных крыс ($P < 0,001$): *Lactobacillus* spp $10,79 \pm 0,41$ КОЕ/мл, *Bifidobacterium* spp $9,18 \pm 0,63$ КОЕ/мл, *Bacterioides* spp $7,82 \pm 0,41$ КОЕ/мл и *E.coli* (лактоза «+») $7,34 \pm 0,29$ КОЕ/мл соответственно. Но, все параметры (кроме *Bacterioides* spp) достоверно не отличались от данных группы, которых наблюдали через 1 месяц после тимэктомии (2 группа) - $P > 0,05$.

Полную противоположность отмечали по количественному параметру факультативных микроорганизмов, так как результаты в основном остались ниже данных интактных крыс ($P < 0,05$). Но по сравнению со 2 группой в 3 группе все параметры имели тенденцию к повышению – это касалось количественных параметров следующих микроорганизмов: количественное повышение *Streptococcus* spp с $3,71 \pm 0,58$ КОЕ/мл до $3,98 \pm 0,37$ КОЕ/мл, *Staphylococcus* spp с $5,32 \pm 0,39$ КОЕ/мл до $5,73 \pm 0,40$ КОЕ/мл, *Enterobacter* spp с $3,05 \pm 0,25$ КОЕ/мл до $3,41 \pm 0,37$ КОЕ/мл, *Proteus* spp с $2,05 \pm 0,19$ КОЕ/мл до $3,00 \pm 0,00$ КОЕ/мл.

Вывод. Дальнейшее снижение индигенных микроорганизмов и повышение факультативных и через 3 месяца после тимэктомии объясняется тем, что у вторых колонизационная активность и восстановление по этому показателю происходит быстрее. Кроме того, у этих микроорганизмов выше и колонизационная резистентность, которая обеспечивает защиту от внутренних факторов. Таким образом, при снижении (или отсутствии) регуляторной функции иммунной системы на первое место поднимается колонизационная активность и резистентность самого микроорганизма, это и обеспечивает выживаемость данных микроорганизмов.

Бухарский государственный медицинский институт
г.Бухара, Гиждуванская ул. 23,



СПОСОБЫ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИ ПАРОДОНТА

Одилжонов Жавохирмирзо Дилмуродович
Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Целью настоящего исследования является повышение роли мотивации пациента при индивидуальной гигиене полости рта как метода профилактики заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования. На базе У «Андижанская областная стоматологическая поликлиника» мною было обследовано 40 человек: среди них 24 женщины и 16 мужчин в возрасте от 18 до 30 лет. Пациенты поступили на прием к гигиенисту стоматологическому после завершения полной санации полости рта. Пациенты, проходившие обследование были разделены на 2 группы: I группу (основную) составили 12 пациентов с катаральным гингивитом и легкой степенью пародонтита; II группу (контрольную) составили 8 пациентов с начальными признаками гингивита (кровоточивость десен при чистке зубов).

Обследование пациентов включало:

- вычисление выраженности тяжести гингивита по папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (РМА),
- оценку уровня гигиены полости рта по упрощенному индексу гигиены полости рта (ИГР-У) методом окрашивания раствором Колор – тест №3.
- демонстрацию окрашивания и разъяснение ведущей роли микробного фактора в возникновении и развитии воспалительных заболеваний пародонта.

Во время обследования индекс ИГР-У в I группе составлял 1,4 – 1,8; во II группе – 1,2 – 1,5. Индекс РМА в I группе составлял 59%; во II группе – 35%.

Пациентам из I группы было проведена профессиональная гигиена полости рта, обучение чистки зубов, даны рекомендации по уходу за полостью рта. Для каждого пациента был составлен индивидуальный план гигиены полости рта в домашних условиях.

Дома пациенты чистили зубы 2 раза в день и использовали дополнительные средства гигиены по уходу за полостью рта после каждого приема пищи

- жевательные резинки без сахара (3 раза в день после приема пищи, продолжительность 10-15 минут);
- ополаскиватели, эликсиры;
- интердентальные средства гигиены полости рта: флоссы, ирригаторы.

Пациенты I группы были обучены стандартной методике чистке зубов.

Для этого нужно условно разделить весь зубной ряд на 6 сегментов, то есть по три сегмента на каждой челюсти – передний и два боковых. Чистку зубов всегда начинают с верхней челюсти слева, со щечной поверхности зубов. Движения должны быть выметающими – от десневого края до завершения коронки зуба. Рабочая головка зубной щетки, как правило, покрывает 2 – 2,5 зуба, как раз это количество зубов необходимо чистить выметающими движениями на 5 – 10 счетов, то есть 5 – 10 выметающих движений на одном месте. Затем необходимо постепенно продвигаться в сторону центрального сегмента по тому же принципу.



После завершения чистки щечной поверхности зуба необходимо приступить к очищению жевательной поверхности зубов – возвратно-поступательными движениями. Особый акцент необходимо уделять жевательной группе зубов, из-за своих анатомических особенностей именно эта группа зубов наиболее подвержена кариесу. Нельзя оставлять без внимания и язычную поверхность зубов, чистка ее должна осуществляться по тому же принципу, что и чистка щечной поверхности зубов – выметающими движениями.

Чистку нижней челюсти необходимо начинать со щечной стороны правого бокового сегмента, по тому же сценарию, что и на верхней челюсти. После завершения очистки нижней челюсти завершающим этапом является массирование десен круговыми движениями при сомкнутых челюстях. Далее проводился контроль приобретенных навыков у пациентов. Пациентам из II группы была проведена профессиональная гигиена полости рта. В последующем, пациенты из данной группы не применяли дополнительные средства гигиены по уходу за полостью рта и чистили зубы время от времени.

Через месяц был проведен контрольный прием и объективный осмотр. В результате было установлено, что пациенты из I группы заметили значительное улучшение, признаков заболевания пародонта не было, индекс ИГР-У составил 0,5 – 0,8, индекс РМА – 28%. Во II группе пациенты заметили ухудшение, проведенное обследование выявило у 3 пациентов пародонтит легкой степени тяжести, у 1 пациента – средней степени тяжести, у 5 пациентов – появился неприятный запах изо рта.

В данной группе индекс ИГР-У составил 2,3 – 2,8, индекс РМА – 59%. На вопрос сколько раз чистили зубы, 6 человек ответили 1 раз в день и двое – вообще не чистили и не использовали дополнительные средства по уходу за полостью рта.

Следовательно, подтверждается факт о роли зубной бляшки в этиологии заболеваний пародонта и необходимость индивидуального подхода к гигиене полости рта. Пациенты, не обученные или не чистившие зубы, заметили значительное ухудшение. Пациенты, которые чистили зубы стандартным методом 2 раза в день и использовали дополнительные средства по уходу за полостью рта, заметили улучшение и не отмечали прогрессирования заболевания. В течение 2022 года мною было принято 750 человек, из них 550 пациентам была проведена профессиональная гигиена всех зубов, включая реминерализующую терапию. Всем пациентам проводился тест – контроль методом окрашивания для определения уровня гигиены полости рта. Индивидуальное обучение методам гигиены полости рта прошли 750 человек, дополнительная профилактика кариеса методом реминерализации эмали проведена 450 пациентам.

Выводы. На основании проделанной работы, можно сделать вывод, что основным этиологическим фактором заболеваний пародонта следует признать микрофлору полости рта. Отсутствие гигиены полости рта, либо плохое её качество как основной фактор риска, приводит к развитию гингивита и кариеса. Таким образом, вопрос о профилактике стоматологических заболеваний следует считать актуальным и требует дальнейшего изучения и развития методов, предотвращающих патологию пародонта. В настоящее время обучать гигиене полости рта следует не только детей, но и их родителей, так как важно не только правильно подобрать качественные средства

гигиены с помощью стоматолога, но и строго соблюдать режим и технику их применения. К сожалению, педиатры, воспитатели, родители не обладают достаточным уровнем знаний, соответствующих современным представлениям вопросов профилактики заболеваний полости рта, поэтому они не могут полноценно участвовать в гигиеническом обучении и воспитании детей по предупреждению основных стоматологических заболеваний, в чем я убедилась в процессе. Своей профессиональной задачей считаем необходимость грамотно мотивировать пациентов, особенно впервые обратившихся в стоматологическую поликлинику, на соблюдение тщательной гигиены полости рта с использованием профилактических средств. Для решения данной задачи служат демонстрации качества ухода за полостью рта с использованием красящих растворов, подробные разъяснения пациентам роли микробного фактора в возникновении и развитии воспалительных заболеваний пародонта. Уверены, что постоянная, планомерная работа в этом направлении обязательно переломит существующую в настоящее время ситуацию, и вместо хирургов и протезистов основная работа ляжет на плечи гигиенистов, а гигиена займет свое почетное место среди всех других медицинских наук.

МУКОЦЕЛЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ КАК ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Олимжонов К.Ж.1, Туляганов Н.А.

**Ташкентский государственный стоматологический институт. 1 Магистр 1 курса
Стоматологического факультета**

Актуальность. Мукоцеле, или кистовидное растяжение околоносовых пазух, — доброкачественное, медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся накоплением в пазухе вязкого экссудата в результате стойкого нарушения оттока через естественное соустье, вызванного рубцовым, полипозным или опухолевым процессом

Цель исследования. Изучить проявление мукоцеле верхнечелюстной пазухи с поражением орбиты спустя 10 лет после первичного лечения.

Материалы и методы. За период 2022-2023 гг. в ЛОР - клинике СамМУ совместно с лабораторией клинической морфологии на базе № 1 Городской клинической больницы проводилось обследование 24 пациента, страдающих хроническим гнойным гайморитом, 8 женщин и 16 мужчины в возрасте от 21 до 68 лет. У 6 пациентов (25%) давность травмы 12 лет, у 18 (75%) больше 20 лет. Пострадавшим выполняли МСКТ и 3D компьютерную томографию костей носа и околоносовых пазух и МРТ головного мозга и орбит.

Результаты исследования. После проведенных МСКТ и 3D КТ - и МРТ - исследований в зависимости от локализации повреждений стенок глазницы, а также морфологических исследований было установлено наличие мукоцеле у 12 пациентов.

У пациентов наблюдался отек нижнего века, дистопия, проптоз и ипсилатеральная эпифора, снижение остроты зрения пораженного глаза без диплопии и небольшое ограничение движения глазных яблок. Все пациенты сообщили о хирургическом лечении травмы лица больше 10 лет назад, и при анализе

медицинской документации выявлено возникновение одностороннего поперечного перелома верхней челюсти и скулового комплекса со смещением и без ротации, включая подглазничный гребень и скуловой контрфорс, обработанный открытой репозицией и внутренней жесткой фиксацией. В этом случае не наблюдалось каких-либо изменений в верхнечелюстной пазухе. МСКТ и 3D компьютерная томография костей носа и околоносовых пазух показала обширное поражение с частичной резорбцией дна орбиты. Поражение было энуклеировано методом эндоскопической гайморотомии с расширением естественных соустьев верхнечелюстных пазух. Реконструкция дна орбиты проводилась титановой сеткой индивидуального контура. Стенку кисты отсеки от содержимого орбиты.

Диагноз мукоцеле верхнечелюстной пазухи был установлен после гистологического исследования, которое выявило мерцательный многослойный столбчатый респираторный эпителий с признаками хронического воспаления. В нашем исследовании офтальмологические симптомы исчезают сразу после операции.

Выводы. В этом описании случая подчеркивается, что мукоцеле верхнечелюстной пазухи растет медленно и может незаметно проникать в нижнюю орбиту с различными офтальмологическими проявлениями. Когда у пациентов с травмой области околоносовых пазух в анамнезе наблюдаются офтальмологические симптомы, при дифференциальном диагнозе следует учитывать мукоцеле. Соответствующее и быстрое лечение может снизить заболеваемость, особенно в случаях поражений, затрагивающих соответствующие анатомические структуры.

МУКОЦЕЛЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ КАК ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Олимжонов К.Ж.1, Туляганов Н.А.

**Ташкентский государственный стоматологический институт. 1 Магистр 1 курса
Стоматологического факультета**

Актуальность. Мукоцеле, или кистовидное растяжение околоносовых пазух, — доброкачественное, медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся накоплением в пазухе вязкого экссудата в результате стойкого нарушения оттока через естественное соустье, вызванного рубцовым, полипозным или опухолевым процессом

Цель исследования. Изучить проявление мукоцеле верхнечелюстной пазухи с поражением орбиты спустя 10 лет после первичного лечения.

Материалы и методы. За период 2022-2023 гг. в ЛОР - клинике СамМУ совместно с лабораторией клинической морфологии на базе № 1 Городской клинической больницы проводилось обследование 24 пациента, страдающих хроническим гнойным гайморитом, 8 женщин и 16 мужчины в возрасте от 21 до 68 лет. У 6 пациентов (25%) давность травмы 12 лет, у 18 (75%) больше 20 лет. Пострадавшим выполняли МСКТ и 3D компьютерную томографию костей носа и околоносовых пазух и МРТ головного мозга и орбит.



Результаты исследования. После проведенных МСКТ и 3D КТ - и МРТ - исследований в зависимости от локализации повреждений стенок глазницы, а также морфологических исследований было установлено наличие мукоцеле у 12 пациентов.

У пациентов наблюдался отек нижнего века, дистопия, проптоз и ипсилатеральная эпифора, снижение остроты зрения пораженного глаза без диплопии и небольшое ограничение движения глазных яблок. Все пациенты сообщили о хирургическом лечении травмы лица больше 10 лет назад, и при анализе медицинской документации выявлено возникновение одностороннего поперечного перелома верхней челюсти и скулового комплекса со смещением и без ротации, включая подглазничный гребень и скуловой контрфорс, обработанный открытой репозицией и внутренней жесткой фиксацией. В этом случае не наблюдалось каких-либо изменений в верхнечелюстной пазухе. МСКТ и 3D компьютерная томография костей носа и околоносовых пазух показала обширное поражение с частичной резорбцией дна орбиты. Поражение было энуклеировано методом эндоскопической гайморотомии с расширением естественных соустьев верхнечелюстных пазух. Реконструкция дна орбиты проводилась титановой сеткой индивидуального контура. Стенку кисты отсеки от содержимого орбиты.

Диагноз мукоцеле верхнечелюстной пазухи был установлен после гистологического исследования, которое выявило мерцательный многослойный столбчатый респираторный эпителий с признаками хронического воспаления. В нашем исследовании офтальмологические симптомы исчезают сразу после операции.

Выводы. В этом описании случая подчеркивается, что мукоцеле верхнечелюстной пазухи растет медленно и может незаметно проникать в нижнюю орбиту с различными офтальмологическими проявлениями. Когда у пациентов с травмой области околоносовых пазух в анамнезе наблюдаются офтальмологические симптомы, при дифференциальном диагнозе следует учитывать мукоцеле. Соответствующее и быстрое лечение может снизить заболеваемость, особенно в случаях поражений, затрагивающих соответствующие анатомические структуры.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Олимжонов К.Ж.1, Туляганов Н.А.

**Ташкентский государственный стоматологический институт. 1 Магистр 1
курса Стоматологического факультета**

Актуальность. В настоящее время воспаление верхнечелюстной пазухи является одной из самых распространенных ЛОР- патологий. Доля гайморита в структуре синуситов составляет 56-73 %, т.е. большую часть пациентов, и тенденции к уменьшению не наблюдается. Более того, в последнее время отмечается ежегодный прирост заболеваемости на 1,5-2,0 %, а заболеваемость хроническим синуситом за последние 8 лет увеличилась в два раза. Это обусловлено рядом обстоятельств, среди которых можно выделить нагрузку на верхние дыхательные пути в связи с неблагоприятной экологической обстановкой и загрязненностью окружающей среды, не снижающийся уровень острых респираторных вирусных инфекций и гриппа.

Кроме того, увеличение числа больных с хроническими формами гайморита может быть в определенной степени объяснено отсутствием единой лечебной тактики и как следствие высоким процентом перехода острого процесса в хронический.

Цель исследования. Изучить морфологические изменения слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, на фоне проведенного лечения.

Материалы и методы. За период 2023-2024 гг. в ЛОР - клинике ООО Prof Med Service города Ташкента проводилось обследование 64 пациента, страдающих хроническим гнойным гайморитом, 40 женщин и 24 мужчины в возрасте от 19 до 65 лет.

Результаты исследования. По результатам анализа анамнестических данных, установлено, что хроническим гайморитом все пациенты страдали от 3 до 6 месяцев и на догоспитальном этапе лечились консервативно антибиотиками и пункциями верхнечелюстных пазух, без положительного эффекта, либо с кратковременным положительным результатом. Наиболее распространенной группой антибиотиков, назначаемой врачом на догоспитальном этапе, оказались традиционные фторхинолоны (36,2%), на втором месте - защищенные пенициллины (19 %), на третьем месте - традиционные пенициллины (16 %).

Всем пациентам была произведена радикальная операция на верхнечелюстной пазухе методом эндоскопической гайморотомии с расширением естественных соустьев верхнечелюстных пазух, с последующим проведением патоморфологического исследования слизистой оболочки. Операционный материал фиксировался в 10 % нейтральном растворе формалина. После гистологической проводки материал заливали в парафин. Срезы толщиной 4-5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, а также комбинированной окраской по Ван Гизону.

На основании проведенного морфологического исследования операционного материала было определено, что у всех 64 пациентов (100%) в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи присутствовало хроническое воспаление различной степени выраженности. При этом у 16 (25 %) пациентов из них определялось обострение хронического воспаления по типу гнойного. У 38 (59,4 %) пациентов на фоне хронического воспаления, выявлен гиперпластический процесс, проявляющийся в виде полипозной дегенерации слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи - 27 пациентов (42,2 %), у 6 пациентов (9,3 %) - кистозная трансформация слизистой оболочки, у 5 пациентов (7,8 %) - сочетание полипов и кист в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи. У части больных наряду с признаками хронического воспаления, в мерцательном эпителии верхнечелюстной пазухи отмечены признаки метаплазии в многослойный плоский - 5 пациентов (7,8 %), а у 5 (7,8 %) - установлены признаки дисплазии легкой и умеренной степени.

Помимо указанных выше морфологических изменений, пациенты были разделены на следующие группы:

1 группа - 27 пациентов (42,2 %) - полипозная трансформация слизистой в стадии выраженного воспаления в гистологических срезах наблюдались полипы, покрытые реснитчатым эпителием, с обильной воспалительной инфильтрацией в клеточном составе, которой преобладали эозинофильные нейтрофилы, плазматические клетки, а также наблюдалось умеренное полнокровие и отек.



2 группа - 6 пациентов (9,3 %) - на фоне длительно существующего хронического воспаления наблюдаются кисты, выстланные уплощенным реснитчатым эпителием, местами без эпителиальной выстилки.

3 группа - 5 пациентов (7,8 %) - хроническое воспаление слизистой оболочки гайморовой пазухи с наличием одновременно кистозной и полипозной трансформации слизистой оболочки. При этом наблюдаются очаги грануляционной ткани разной степени зрелости и очаги склероза.

4 группа - 16 пациентов (25 %) - хроническое воспаление слизистой оболочки в стадии гнойного обострения различной степени выраженности без гиперпластического процесса.

5 группа - 5 человек (7,8 %) - хроническое воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи с очаговой метаплазией эпителия. Наблюдались кусочки слизистой оболочки, покрытые реснитчатым эпителием с выраженным хроническим воспалением, с наличием большого числа желез, очагов склероза, а также очагов метаплазии реснитчатого эпителия в многослойный плоский (рис. 5).

6 группа - 5 пациентов (7,8 %) - хроническое воспаление слизистой оболочки, частично покрытой многорядным реснитчатым эпителием с участками метаплазии по типу многослойного плоского с дисплазией 1 ст. или 2 ст., единичными фигурами митозов и диапедезом лейкоцитов.

Обсуждение и выводы. Обсуждая результаты проведенного исследования, следует отметить, что у больных с длительно существующим хроническим воспалением верхнечелюстной пазухи (от 3-до 6 месяцев), при отсутствии качественной антибактериальной терапии приводит к развитию гиперрегенераторных (гиперпластических) процессов, в нашем исследовании наблюдалось у более половины пациентов 59,4 % и характеризовалось продуктивными изменениями слизистой оболочки. Хроническое воспаление приводит к формированию грануляционной ткани, а затем соединительной в строме слизистой оболочки.

Следует также обратить внимание на то, что в обследованной группе больных не соблюдалась доза, длительность и кратность приема антибактериального препарата, поэтому важно тщательно разъяснять пациентам необходимость полного курса антибактериальной терапии до исчезновения клинической симптоматики и недопустимости самостоятельной отмены препарата при наступлении улучшения общего состояния.

В итоге, нерациональность проводимой консервативной терапии привела к выраженным патоморфологическим изменениям слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, таким как: полипозная дегенерация, склероз, метаплазия и дисплазия эпителия. Патологическое изменение нормальной гистологической структуры мерцательного эпителия верхнечелюстной пазухи, в результате длительно существующего хронического воспаления влечет за собой нарушение мукоцилиарного клиренса эпителия и блокирует нормальную дренажную функцию пазухи. Такого рода трансформация эпителиальной ткани не поддается консервативному лечению и требует радикального хирургического вмешательства. Поэтому выбор правильной тактики лечения, а также подбор качественной антибактериальной терапии, является залогом адекватного лечения воспалительного процесса, что позволяет не допустить его стойкой хронизации.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ

Олимжонова Ф.Ж.1, Хикматов М.Н., Агзамова С.С.

**Ташкентский государственный стоматологический институт. 1 Студентка 5
курса лечебного факультета**

На сегодняшний день «...сахарный диабет (СД) является наиболее опасным вызовом всему мировому сообществу и приоритетом первого порядка национальных систем здравоохранения всех без исключения стран мира...». С ростом глобальной заболеваемости СД как в экономически развитых, так и в развивающихся странах распространенность диабетической ретинопатии (ДР) также увеличилась. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения ДР, инвалидность по зрению среди пациентов СД составляет более 10%, каждый год в мире более 600 тыс. пациентов диабетом полностью теряют зрение. В 1968 г. G.Meyer-Schwickerath и K.Schott сообщили, что лазеркоагуляция микроаневризм, расположенных в центре колец “твердых” экссудатов, дает положительный эффект. Вслед за этим сообщением публикуются и другие работы, подтверждающие эффективность лазерного воздействия на кольца “твердых” экссудатов. Все авторы наблюдали исчезновение экссудатов в зоне воздействия, несмотря на то что методика лазеркоагуляции была различна.

Так, J. Haut и J. Aubry выполняли перимакулярный прерывистый барраж в сочетании с протяженной лазеркоагуляцией сетчатки по периферии, в виде спиц колеса.

A. Krill и соавт. пытались лечить макулярный отек, используя метод “подковы”, открытая часть которой соответствовала диску зрительного нерва. В 1976 г. H. Schatz и A. Patz сообщают о первых результатах перифовеолярной лазеркоагуляции сетчатки в виде “решетки”. Высокая эффективность данного вида лазеркоагуляции подтверждена и в работах R. Whitelocke и соавт. и G. Blankenship.

Следует полагать, что перечисленные работы явились толчком для тех исследований, которые проводились в последствии в рамках исследования по раннему лечению диабетической ретинопатии— «Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study» (ETDRS), равно как и в работе R. Olk. Методики, апробированные в этих исследованиях, в настоящее время признаны классическими.

Как уже отмечалось ранее, одной из задач ETDRS было выяснение целесообразности лазеркоагуляции сетчатки при наличии диабетического макулярного отека.

С этой целью одной группе пациентов с макулярным отеком лазеркоагуляция (фокальная или в виде “решетки” при помощи аргонowego лазера) выполнялась сразу же после постановки диагноза, в другой – коагуляция не проводилась. На 754 глазах выполнялась лазеркоагуляция. Контрольная группа составила 1490 глаз.

При локальном пропитывании, которое было обусловлено микроаневризмой, на нее наносили один коагулят средней интенсивности размером 100 мкм. Если микроаневризма не белела, то наносили повторный коагулят того же размера, но большей интенсивности. После нанесения второго коагулята, если пигментный



эпителий сетчатки под микроаневризмой становился умеренно беловатым, даже если микроаневризма не изменяла своего цвета, переходили к следующему участку поражения. При больших пропотеваящих микроаневризмах, которые расценивались, как основная причина отека, наносились дополнительные коагуляты большей интенсивности. Положительным эффектом воздействия считалось побеление микроаневризмы.

При диффузном отеке выполнялось воздействие по типу “решетки” с использованием коагулятов размером 100 мкм. На зоны диффузного отека, расположенные на расстоянии 1500 микрон и более от фовеолы, для выполнения решетки иногда использовались коагуляты размером 200 мкм. При небольших зонах отека коагуляты помещались на расстоянии в 2 диаметра коагулята друг от друга. Если зона отека была значительной, коагуляты наносились на расстоянии 1 диаметра коагулята. При скоплениях микроаневризм внутри колец “твердых” экссудатов коагуляты наносились еще плотнее. Коагуляты при выполнении “решетки” были меньшей интенсивности, чем при фокальном воздействии.

Результаты исследования. Эффективность лазеркоагуляции оценивали по уровню снижения остроты зрения, которое определяли, как потерю трех строк по шкале остроты зрения ETDRS. Значительная потеря остроты зрения представляла собой удвоение зрительного угла: например, снижение с 0,5 до 0,25 или с 0,04 до 0,02.

Общие данные были следующими: при сроке наблюдения в 1 год значительное снижение остроты зрения определялось в 5% на леченых глазах по сравнению с 8% нелеченых глаз, в 7% на леченых глазах по сравнению с 16% нелеченых глаз при осмотре через 2 года и в 12% на леченых глазах по сравнению с 24% нелеченых глаз при сроке наблюдения в 3 года.

Таким образом, лазеркоагуляция при клинически значимом макулярном отеке снижала риск значительного ухудшения зрения примерно на 50%.

В исследовании R. Olk эффективность лазеркоагуляции изучалась у больных с диффузным диабетическим макулярным отеком, который определялся, как утолщение сетчатки в 2 диаметра диска зрительного нерва или более, часть которого захватывает фовеолярную аваскулярную зону.

Больным производилась коагуляция в виде так называемой модифицированной “решетки” при помощи сине-зеленого аргонного лазера. Коагуляты размером 100 мкм помещались на расстоянии диаметра коагулята друг от друга двумя-тремя рядами на любой отечный парафовеолярный участок сетчатки. Коагуляты наносили, захватывая границу фовеолярной аваскулярной зоны, которая, кроме случаев ее расширения, обычно занимает около 200 мкм от фовеолы. Затем коагуляты размером 200 мкм помещались кнаружи от внутреннего ряда коагулятов диаметром 100 мкм по всем другим зонам диффузного ликеджа. Эти коагуляты (размером 200 мкм) наносились, как правило, на расстоянии 200 мкм друг от друга, за исключением зон явного фокального ликеджа, где они помещались слитно.

При обследовании больных, включенных в исследование, через 1 год улучшение остроты зрения отмечалось у 33% леченых глаз по сравнению с 7% нелеченых глаз, ухудшение остроты зрения было выявлено у 4% леченых и 27% нелеченых глаз. Через 2 года 45% пациентов, получавших лечение, и только 8% нелеченых пациентов

имели улучшение остроты зрения, в то время как ухудшение наблюдалось у 10% пролеченных и 43% нелеченых пациентов.

По результатам этих и других клинических наблюдений видно, что лазерное лечение способствует уменьшению макулярного отека и сохранению остроты зрения.

Заканчивая изложение данного вопроса, следует еще раз подчеркнуть то обстоятельство, что лазерное воздействие, безусловно, является эффективным методом лечения диабетической ретинопатии. Это подтверждается данными многочисленных исследований (отечественных и зарубежных), опубликованных за последние 30 лет. Именно информация о высокой эффективности лазеркоагуляции сетчатки как средства предупреждения потери зрения стала основой для разработки скрининговых программ по диабетической ретинопатии. Исследовательская группа ВОЗ, учитывая, что в настоящее время не существует вмешательств, которые имели бы достоверно благоприятный результат, сравнимый с лазерным воздействием, не рекомендует рассматривать другие лечебные воздействия при выработке скрининговых стратегий.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ «МОМОРДИКА ХАРАНЦИЯ Л»

Олимова Шахризода Шерзодовна

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Материалы и методы Для исследования химического состава семян МОМОРДИКИ 0,0500-0,5000 г точной массы изучаемого вещества взвешивают на аналитических весах и переносят в тefлоновые автоклавы. Затем автоклавы заполняются соответствующим количеством очищенных концентрированных минеральных кислот (азотной кислоты (х/ч) и перекиси водорода (х/ч)). Автоклавы закрывают и помещают на устройство микроволнового разложения Berghof с программным обеспечением MWS-3+ аналогичного типа устройства микроволнового разложения. Определить программу разложения исходя из вида испытуемого вещества, указать степень разложения и количество автоклавов (до 12 шт.). После разложения содержимое автоклавов количественно переносят в мерные колбы вместимостью 50 мл или 100 мл и доводят объем до метки 0,5% азотной кислотой. Исследование данного вещества проводят на приборе ИСП-МС или аналогичном приборе оптико-эмиссионного спектрометра с индуктивно-связанной аргоновой плазмой. В методе определения указывают оптимальную длину волны выеваемых микро- или макроэлементов, при которой они имеют максимальное излучение. При составлении последовательности анализов указывается количество в мг и степень его разведения в мл. После получения данных истинное количественное содержание вещества в исследуемой пробе автоматически рассчитывается и вводится в мг/кг или мкг/г с пределом погрешности RSD в % .

Результаты: Место распространения лекарственного растения считают тропические районы Индии и Юго-Восточной Азии. МОМОРДИКА отличается от других тыквенных культур массивными светло-зелеными, красиво разрезанными листьями, а также тонкими и длинными стеблями, которые могут достигать высоты

двух и более метров. Цветение растения совпадает с началом активного образования побегов. Цветки раздельнополые, ярко-желтые, с нежным ароматом жасмина, на длинных ножках; женские цветки немного мельче. Сначала на растении появляются мужские цветки, затем женские. После опыления завязи сразу начинают быстро развиваться. Бородавчатые плоды снаружи покрыты сосочковыми выступами, наподобие кожи крокодила. Они имеют удлинненно-овальную форму с заостренной верхушкой длиной 10-20 см и диаметром до 7 см. Постепенно они приобретают оранжево-желтый цвет. Семена МОМОРДИКИ красно-коричневого цвета, размером с семена арбуза, имеют тонкую, но прочную кожуру. При зрелости, плод разрывается в нижней части и формирует три сочных, мясистых лепестка. Внутри плода содержится темно-рубиновая сочная мякоть. Этот плод обладает приятным вкусом, схожим с спелой хурмой, и вкусом, напоминающим тыкву. Поверхность плодов немного горчит из-за чего его часто окрывают "горькой тыквой". Эта быстрорастущая вьющаяся растение с густыми зелеными листьями и плодами яркого солнечного цвета может быть идеальным выбором для создания живой изгороди у забора или сетки. Индийская Аюрведа и китайская медицина традиционно присваивают этому растению магические свойства, благодаря его удивительному химическому составу. Каждая часть момордики содержит полезные вещества для организма. Листья обогащены калием, железом, натрием и фосфором. Плоды и побеги являются ценным источником бета-каротина, фолиевой кислоты, цинка, кремния и калия. Кроме того, в растении присутствуют компоненты, которые могут препятствовать росту раковых клеток, обладают противовирусной и антибактериальной активностью. Красные семена, в отличие от мякоти, имеют сладкий вкус, содержат ликопин и горький гликозид. Их часто используют для профилактики и лечения ревматоидного артрита и сердечно-сосудистых заболеваний. В корнях растения обнаружены тритерпеновые сапонины, благотворно влияющие на организм при лечении ревматизма. Красноватая оболочка вокруг семян является мощным источником жирных масел и витамина А, что обуславливает полезные свойства растения для людей с ослабленным зрением и сниженным иммунитетом. Восточная медицина широко использует МОМОРДИКУ для лечения инфекционных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Зерна момордика используются в сыром виде для лечения язвенной болезни, стабилизации уровня сахара в крови и снижения уровня холестерина. Содержащийся в растении токоферол защищает организм человека от преждевременного старения, витамин F придает бодрость и силу, фолиевая кислота питает костный мозг, защищает от опухолей. МОМОРДИКА уничтожает бактерии и вирусы, лечит гипертонию, геморрой, язву желудка, диабет и даже лейкемию, повышает иммунитет и оказывает анальгетическое действие. Быстро убирает лишний жир, ускоряет обмен веществ, снижает уровень холестерина в крови. Уникальные растения, которые действуют так же хорошо, как лекарства. На протяжении многих веков на Востоке горький огурец МОМОРДИКА с крупными пупырышками использовался для продления молодости, усиления полового влечения и активности, лечения сердца, желудка, ожогов.

Горький огурец в Юго-Восточной Азии и Китае используется для декоративных посадок, в народной медицине и кулинарии. На плодоносящих лианах с крупными вырезанными листьями распускаются желтые цветы, из которых затем формируются плоды, сходные с дыней или огурцом. После созревания плод приобретает желтую

окраску и раскрывается, открывая красные семена. За это сходство их называют гранатами. В кулинарии используются незрелые плоды и сладкие семена. Полезные свойства, состав МОМОРДИКИ, противопоказания и пришли к выводу, что все части растения – это кладезь минералов, сложных органических соединений, витаминов. Индийский огурец обладает целебными свойствами благодаря содержащимся в нем компонентам, которые полезны для всего организма. Экстракт листьев способствует активации выработка интерферона.. Повышенная устойчивость к тяжелым вирусным заболеваниям: герпесу, ВИЧ, инфекционному мононуклеозу. Готовые лекарственные формы – отвары, настои, настойки плодов, листьев и соков – помогают справиться с *Helicobacter pylori* лучше, чем антибиотики. Экстракция всех частей МОМОРДИКА задерживает развитие злокачественных опухолей. Фрукты и семена снижают уровень холестерина. При лечении заболеваний суставов китайскую горькую целебную тыкву МОМОРДИКА применяют как противовоспалительное и болеутоляющее средство. Чай и настой растительного сырья и семян применяют при высокой температуре, насморке, кашле. Кроме того, целебные свойства индийского огурца используются при лечении ряда заболеваний: воспаления мочеполовой системы; кожные высыпания, экзема, псориаз; ожоги, раны; панкреатит; заболевания печени и сахарный диабет. Американские учёные определили, что в растении содержатся вещества, способные заменить сахароснижающие препараты, и полагают, что горькую дыню МОМОРДИКА можно использовать для нормализации уровня сахара при диабете. Как и любое лекарственное растение, индийский огурец имеет пользу и вред. Беременным противопоказано употребление чая и фруктов. Они повышают тонус матки; может спровоцировать гибель плода и выкидыш. Экстракты растений содержат множество компонентов, которые могут проникнуть в грудное молоко и нанести вред ребенку. Лекарства на основе дыни противопоказаны при заболеваниях надпочечников, дефиците глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, индивидуальной непереносимости.

Химический состав ценного плода МОМОРДИКИ содержит десятки компонентов, обеспечивающих целебные свойства чая и БАД. Витамины группы В, участвуют во всех процессах жизнедеятельности организма. Аскорбиновая кислота необходима для обновления крови, укрепления сосудов, борьбы с вирусами. Токоферолы повышают либидо, улучшают общее состояние здоровья и помогают сохранить молодость. Каротин укрепляет кости, иммунную систему и зрение. Никотиновая кислота снижает уровень сахара, выводит токсины, улучшает работу сердца и сосудов. Ликопин обладает антиоксидантным свойством, которое помогает бороться с раковыми клетками и расщеплять жиры. Фолиевая кислота нормализует эмоциональный фон, участвует в образовании новых клеток кроветворения. Витамин F устраняет такие проблемы с кожей, как прыщи, экзема. В плодах и побегах содержатся: гликозиды, фитонциды, калий, железо, фосфор и кальций. Гранат для улучшения обмена веществ богат компонентами растительного сырья, способствует снижению уровня глюкозы, стимулирует расщепление жиров и обменные процессы, выводит токсины, подавляет чувство голода. Два чайных пакетика в день стимулируют секрецию инсулина и утилизацию глюкозы. Горькая дыня обеспечивает сахароснижающие свойства чая за счет высокого содержания гвоздики. Целебный



напиток момордика избавит от головной боли, восполнит недостаток витаминов, стабилизирует артериальное давление, улучшит работу кишечника, очистит сосуды.

Выводы:

Результаты исследования: изученные культивируемые лекарственные растения и растительное сырье *Momordica charantia* L. проявили бактерицидные, антиоксидантные, гипотензивные, противовирусные и гипогликемические свойства, а также богаты витаминами и другими полезными компонентами.

Изучено количественное определение микро- и макроэлементов методом масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой (ИСП-МС) в плодах индийского граната. Методами выявлено наиболее высокое количественное содержание микро- и макроэлементов в плодах индийского граната.

Дальнейшие исследования будут направлены на изучение химического состава и активных веществ лекарственных растений, их фармакологических свойств с учетом современных достижений науки.

РОЛЬ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.

**А.Б.Ортиков А.Б., Туланов., Б.А.Туйчиев.
Ферганский филиал.Р.Н.Ц.Э.М.П.**

Нарушение мезентериального кровообращения(НМК)-одно из наиболее тяжёлых по течению и сложных для ранней диагностики заболеваний, сопровождающееся высокими цифрами летальности. Отсутствие характерных для этой патологии симптомов, ограниченные возможности не инвазивных методов исследования на завершающем этапе диагностического поиска требует применения видеолaparоскопии (ВЛС).

Цель исследования.: анализ результатов видеолaparоскопической диагностики в лечении с острым тромбозом мезентериальных сосудов у больных находящейся в нашем Филиале с 2013 г по 2018 г. на лечении в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Материалы и методы.: Общая количество больных встречаемость с острым тромбозом мезентериальных сосудов, составило 56 пациентов. В Ферганский филиале Р.Н.Ц.Э.М.П. с 2019 по 2023 годы ВЛС выполнено у 13 больных (23,0%) с диагнозом НМК и подозрением на него. Целью ВЛС было уточнение диагноза, определение распространённости процесса и лечебной тактики. Возраст пациентов был от 27 до 92 лет. У большинства больных имелась сопутствующая сердечно-сосудистая патология, в том числе различные нарушения ритма сердца. Сроки от начала появления клинических признаков, подозрительных на НМК, варьировали от 3 часов до 7 суток. Тяжёлое состояние и нестабильная гемодинамика у 9 пациентов потребовало выполнения ВЛС с минимальным пневмоперитонеумом (6-10 мм. рт. ст.), что создавало трудности при проведении ревизии и интерпретации макроскопических изменений. Для ВЛС использовали видеостойку “Karl Storz” с набором инструментов и 10 мм 30° лапароскопом. Определить диагностическую



ценность ВЛС у больных с нарушением мезентериального кровообращения или подозрением на него.

Результаты.: Установленный клинически у 11 (84,6%) пациентов диагноз НМК при ВЛС был подтверждён. У 7 из них (63,6%) с некрозом тонкой и правой половины ободочной кишок выполнена радикальная операция. Невозможность выполнения полноценной ревизии и определения распространённости процесса у 1 больных (1,1%) потребовала диагностической лапаротомии, при которой определена возможность радикальной операции. Выявленный у 3 из них (27,2%) тотальный некроз тонкой, восходящей и поперечно-ободочной кишки признан как нерезектабельным, у этим больным операции закончилась с диагностической лапароскопии В связи с трудностью определения при ВЛС протяженности имеющегося поражения кишечника и возможности выполнения радикальной операции лапаротомия в 1 случаях. У 1 пациентов (1,1%) ишемические изменения тонкой кишки вызвали сомнения в нарушении её жизнеспособности, в связи с чем им выполнили ревидеолапароскопия в динамике. Основная причина переход на конверсии при ВЛС имела место трудности ревизии органов брюшной полости, обусловленной спаечным процессом и невозможность правильной интерпретации при ВЛС с явлением ишемических изменений стенок кишки, что послужила поводом для диагностической лапаротомии.

Выводы:

- 1) Видеолапароскопия позволяет установить нарушение мезентериального кровообращения у 23,2% пациентов с установленным клинически диагнозом или подозрением на него.
- 2) Невозможность определить при видеолапароскопии протяжённость поражения кишечника потребован выполнения диагностической лапаротомии.
- 3) Диагностическая лапароскопическая при острых тромбозах мезентеральных сосудов является относительно безопасным эндохирургическим вмешательством. особенно имеющей со сопутствующей патологией. (ИБС, Различные нарушение ритма сердца).
- 4) ВЛС при нарушении мезентериального кровообращения-отличается наряду малоинвазивностью, а также меньшей продолжительностью оперативного вмешательства.

ГОРМОН АСПРОСИН И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

**Подопригора М.В.¹,
Аль-Джебур Джаафар Шати Оваид²**

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненский государственный университет им. Янки Купалы, Гродно, Беларусь
Цель исследования.

Определить концентрацию гормона аспросина у лиц с сахарным диабетом 2-го типа при различной массой тела.

Материалы и методы.

Исследования были проведены на лицах мужского пола в возрастном диапазоне 30-60 лет с различной массой тела (80 исследуемых). Критерием включения пациентов в исследование было наличие сахарного диабета 2-го типа.

Значение индекса массы тела (ИМТ) рассчитывалось по формуле $ИМТ = P/H^2$, где ИМТ – индекс массы тела, усл. ед.; P – масса (кг); H – рост (м). Интерпретация его величины осуществлялась по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения. Оценка индекса формы тела (ИФТ) осуществлялась по формуле $ИФТ = OT/(ИМТ^{2/3} \times H^{1/2})$, где OT – окружность талии (м). Производился забор венозной крови из локтевой вены. В полученных образцах плазмы крови определяли концентрацию аспросина методом иммуноферментного анализа при помощи тест-системы «ELISA Kit For Asprosin» (Biobase, China), а также содержание холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой и низкой плотности. Кроме того, измеряли иммуноферментным методом с помощью наборов (Biobase, China) концентрацию инсулина, инсулиноподобного фактора роста 1, коэнзима Q10. Концентрацию глюкозы и гликированного гемоглобина определяли спектрофотометрическим методом на анализаторе COBAS 111 (ROCHE). Для оценки ИР использовался индекс НОМА-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance), который рассчитывался по формуле: $НОМА-IR = \text{инсулин натощак (мкЕд/мл)} \times \text{глюкоза натощак (ммоль/л)} / 22,5$. В исследуемых образцах плазмы крови определялось содержание газотрансмиттеров монооксид азота и сероводорода. Продукцию монооксида азота (NO) измеряли по концентрации нитрат/нитритов (NO₃-/NO₂-) в плазме крови с помощью реактива Грисса на спектрофотометре Solar PV1251C при длине волны 540 нм. Концентрацию сероводорода (H₂S) определяли спектрофотометрическим методом, основанном на реакции между сульфид-анионом и кислым раствором реактива N,N-диметил-парафенилендиамина солянокислого в присутствии хлорного железа при длине волны 670 нм.

Для анализа данных использовалась непараметрическая статистика с применением программы “Statistica 10.0”. Все показатели проверяли на соответствие признака закону нормального распределения с использованием критерия Шапиро-Уилка.

Результаты исследования. У исследуемых с СД2Т выявлены более высокие значения ИМТ: при нормальной массе тела – 22,5 (21,9; 23,5), $p < 0,05$, при избыточной массе тела и ожирении I степени – 26,9 (26,1; 28,5), $p < 0,05$, и 37,11 (33,24; 39,99), $p < 0,05$, в сравнении со здоровыми. ИФТ в этих группах имел следующее значение 0,083 (0,080; 0,087), $p < 0,05$, 0,082 (0,076; 0,086) и 0,081 (0,076; 0,088), $p < 0,05$, соответственно. Данные пациенты характеризовались значительными нарушениями показателей липидного и углеводного обмена в сравнении со здоровыми. Показатели липидного состава крови в исследуемых группах имели более высокий уровень. Также отмечалось повышенное содержание инсулина у них и более высокое значение индекса инсулинорезистентности (по НОМА-IR). Концентрации аспросина в плазме крови у лиц с СД2Т при нормальном ИМТ его значение составляло 52,8 (50,3; 54,9) пмоль/л, $p < 0,05$, что было значительно выше, чем у здоровых. У пациентов с СД2Т с избыточной массой тела этот параметр был выше (83,6 (79,9; 87,2) пмоль/л, $p < 0,05$), а при ожирении I степени его величина была еще больше (115,2 (110,1; 121,9) пмоль/л, $p < 0,05$) в сравнении со здоровыми. У данных пациентов были получены данные об

увеличении концентрации монооксида азота и снижении сероводорода в крови в сравнении со здоровыми. У лиц с нормальной массой тела при этой патологии содержание монооксида азота было увеличенным и составляет 20,29 (19,43; 21,70) мкмоль/л. Концентрация сероводорода в этой группе уменьшалась до 13,27 (11,74; 15,59), $p < 0,05$ мкмоль/л, что было ниже в сравнении со здоровыми. Важно отметить, что при избыточной массе тела и ожирении I степени выявлено более выраженные изменения содержания данных газотрансмиттеров в сравнении со здоровыми: увеличение концентрации нитрат/нитритов до 30,84 (27,13; 33,14), $p < 0,05$, и 31,45 (28,51; 32,85), $p < 0,05$, мкмоль/л, соответственно, и уменьшение уровня сероводорода до 9,77 (8,68; 10,66), $p < 0,05$, и 9,32 (8,78; 9,88), $p < 0,05$, мкмоль/л.

Выводы:

1. У исследуемых с сахарным диабетом 2-го типа отмечается повышение содержания гормона аспросина, особенно у лиц с ожирением I степени, что может влиять на функциональный статус организма.

2. Сахарный диабет 2-го типа с высоким содержанием аспросина (особенно при ожирении I степени) характеризуется повышением концентрации монооксид азота и снижением сероводорода, что может влиять на сродство гемоглобина к кислороду и развитие метаболического дисбаланса.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Пулатов Н.Н., Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан; Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение показателей липидного спектра, агрегации тромбоцитов(АТ), параметров миокарда левого желудочка(ЛЖ) с учетом полиморфизма генов CYP2C19*2 и 9p21 и оценка эффективности лечения и реабилитации больных коронарной болезнью сердца(КБС), подвергшихся стентированию коронарных артерий(СКА).

Материал и методы исследования. Наблюдали 30 пациентов КБС, стабильной стенокардией напряжения(СС) III и IV функциональных классов(ФК) после планового СКА. Пациенты КБС СС III ФК вошли в I группу(16), а СС IV ФК – во II группу(14). На фоне базисной терапии(аспирин, клопидогрел, розувастатин, бета-блокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента) пациентам проводили кардиореабилитацию по 2-й или 3-й степени двигательного режима лечебной физической культуры(ЛФК) с учётом толерантности их к физическим нагрузкам. Исходно и в динамике(3 и 6 месяцев) изучали АТ, холестерин(ХС), ХС липопротеидов высокой (ХСЛПВП) и низкой плотности(ХСЛПНП), триглицериды(ТГ), полиморфизм генов CYP2C19*2 и 9p21 (rs 2383206 и rs 10757272), оценивали жизнеспособность миокарда(эхокардиография(стресс-ЭХОКГ),



мультифазная компьютерная томография), проводили велоэргометрическую пробу. Модификация образа жизни включала отказ от курения, индивидуально подобранную сбалансированную диету, пешие прогулки с соответствующей скоростью ходьбы в минуту, нормализацию массы тела.

Результаты исследования. Исходно у всех пациентов выявлена атерогенная дислипидемия. Под влиянием розувастатина отмечено уменьшение содержания ХС ($6,9 \pm 0,3$ до $4,8 \pm 0,2$), ХСЛПНП ($3,6 \pm 0,2$ до $2,3 \pm 0,1$ ммоль/л) ТГ ($2,5 \pm 0,1$ до $1,6 \pm 0,1$ ммоль/л) и небольшое увеличение уровня ХСЛПВП ($1,1 \pm 0,08$ до $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л). До СКА у больных с СС IV ФК выявлены более высокие значения АТ, как спонтанной, так и индуцированной, указывающие на повышенный риск тромботических осложнений и необходимость медикаментозной коррекции. До СКА были снижены показатели глобальной и регионарной систолической функции (глобальная и локальная сократительная способность миокарда ЛЖ) у пациентов II группы были хуже. Лечение и реабилитация сопровождались увеличением фракции выброса (ФВ) ЛЖ. Исходно этот показатель в среднем составил 57%, а после лечения – 62,5%. Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) – 188 и 181,5 г, толщина задней стенки ЛЖ (ТЗЛЖ) – 1,1 и 1,05 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) до и после лечения 1,05 см, конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР) – 4,95 и 4,9 см, конечно-диастолический объем (КДО) 124,5 и – 119 мл, конечно-систолический объем (КСО) 47,5 и 49,5 мл. При этом ударный объем (УО) составил соответственно 79 и 77,5 мл. У пациентов с дилатированным ЛЖ улучшение после реваскуляризации менее выражено даже при жизнеспособном миокарде. В конце наблюдения улучшились такие параметры ЭХОКГ как ФВ, ММЛЖ, ТЗЛЖ, КДО и УО. Показатели глобальной систолической функции ЛЖ, УМЖП, УЗСЛЖ, КСО ЛЖ, УО ЛЖ, ФВ ЛЖ при малых дозах добутамина также были лучше исходных. При распределении генотипов CYP2C19*17 (rs 12248560) CC, CT и TT рекомендовано увеличить дозу антиагрегантов. При распределении генотипов гена CYP2C19 (rs 4244285) GG, AG и AA их уменьшение. К концу наблюдения у больных, получавших ЛФК со второй степенью двигательной нагрузки, выявлена тенденция к повышению двигательных возможностей, уменьшению одышки с 3 баллов до 2 баллов, урежению частоты дыхания и сердечных сокращений, увеличению пороговой нагрузки с 51 до 100 Вт и положительной динамики дыхательных проб. У больных, получавших ЛФК с третьей степенью нагрузки, наблюдалось умеренное увеличение двигательных возможностей, ослабление одышки при быстром подъеме по лестнице с 2 до 1 баллов. Увеличилась пороговая нагрузка с 101 до 150 Вт. Отмечено увеличение времени задержки дыхания с 14 сек. до 22 сек. по данным пробы Генча, увеличение времени задержки дыхания с 30 сек. до 40 сек. по данным пробы Штанге. Своевременная оценка жизнеспособности миокарда, индивидуализированный подход с учетом фармакогенетических исследований при ведении больных КБС, подвергшихся СКА, повышает эффективность лечения и реабилитации, предупреждает развитие грозных осложнений, что благоприятно сказывается на их качестве жизни. Важное значение имеет оценка жизнеспособности миокарда и правильный выбор метода реваскуляризации (чрескожное коронарное вмешательство или аортокоронарное шунтирование).

Вывод. Персонализированный подход к лечению и реабилитации КБС после СКА должен осуществляться с учетом результатов генетического тестирования для выбора метода реваскуляризации, подбора оптимальной дозировки препаратов и физических нагрузок. Использование физических тренировок способствует улучшению микроциркуляции в работающих мышцах и органах, увеличению легочной вентиляции, замедлению формирования и прогрессирования осложнений, повышению толерантности к физическим нагрузкам.

Тезис 1

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АГРЕССИВНЫХ ФОРМАХ ПАРОДОНТИТА

**Клинический ординатор Равшанова Нигора Научный руководитель:
Исламова Н. Б.**

Цель — определение и анализ наиболее эффективных методов антибиотикотерапии у больных с агрессивными формами пародонтита.

Методы исследования — Основной отбор материалов осуществлялся по ключевым словам с учетом критериев включения и исключения.

Результаты. Моксифлоксацин применялся в дозировке 400 мг 1 раз в сутки с курсом приема 7 дней [2, 17]. Азитромицин назначался в дозировке 500мг 1 раз в сутки с курсом 3 дня [26, 27]. Дозировка и курс приема антибиотиков в комбинации амоксициллина и метро- нидазола варьировались: оба препарата в дозировке 500 мг 3 раза в сутки с курсом приема 7 дней [15, 17], амоксициллин в дозировке 500 мг и метронидазол в дозировке 250мг 3 раза в сутки с курсом приема

Литературные обзоры Reviews

7 [20, 24, 27, 30] или 10 [25] дней, амоксициллин в дозировке 875 мг и метронидазол в дозировке 500 мг 2 раза в сутки с курсом приема 10 дней [1], амоксициллин в дозировке 375 мг и метронидазол в дозировке 250 мг 3 раза в сутки с курсом приема 7 дней.

Авторы статей отмечали преимущества каждого из представленных антибактериальных препаратов. Упоминались активность моксифлоксацина и азитромицина против предполагаемых пародонтопатогенных микроорганизмов, таких как *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* и *Tannerella forsythia*, а также то, что концентрация азитромицина в смешанной слюне значительно превышает его содержание в плазме крови. Моксифлоксацин способен накапливаться в очаге инфекции, проникая в полиморфноядерные гранулоциты и эпителиальные клетки.

Использование моксифлоксацина или азитромицина может быть предпочтительным из-за однократной дозы в день (1 таблетка, 400 мг 1 раз в сутки или 500мг 1 раз в сутки соответственно). При этом более короткая продолжительность курса приема антибиотиков (3- и 7-, а не 14-дневный курс) позволяет избежать возможных побочных эффектов. Особенностью азитромицина является его накопление в содержимом пародонтального кармана (десневой жидкости) и участках выраженного пародон- тального воспаления (его концентрация

значительно выше, чем в «нормальных» тканях десны). Высказано предположение, что азитромицин проникает в фагоциты и фибробласты, его концентрация в них в 100-200 раз больше, чем во внеклеточных пространствах, и он активно транспортируется фагоцитами к участкам воспаления, где высвобождается значительное количество азитромицина — при разрушении фагоцитов в процессе фагоцитоза.

ЭпTannerella forsythia, *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum* и *Prevotella intermedia*

Выводы: В пародонтологии наблюдается интерес к проблеме антибиотикотерапии агрессивных форм пародонтита, изучаются различные режимы приема антибактериальных препаратов. Многие исследования данной патологии посвящено использованию моксифлоксацина, азитромицина, а также комбинации амоксициллина и метронидазола. Дополнительное применение антибиотиков приводит к улучшению результатов лечения агрессивных форм пародонтита.

ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА

Раззакова Ш.Т, Рахманова Х.Б, Хайдарова,Х, Сайфутдинов Д.С
Андижанский государственный медицинский институт.

Цель: оценить осведомленность женщин о факторах риска сахарного диабета у женщин среднего возраста проживающих в Андижанской области

Материалы и методы: Участвовали 280 женщины, проживающих в Андижанской области, в возрасте от 40 до 65 лет, средний возраст составил $47,0 \pm 2,26$ [Me 45,5; 95%ДИ 41,6-46,5] лет.

В контрольную группу вошли 40 женщины аналогичного возраста без нарушений углеводного . жирового обмена . Средний возраст $47,4 \pm 3,69$ [Me 45,5; 95%ДИ 45,1- 47,6] лет.

У обследуемых женщин провели собеседование и анкетировании на основе специального опросника составленный эндокринологами нашей кафедры, определяли ИМТ (по классификации избыточной массы у взрослых в зависимости от ИМТ по ВОЗ . 1997г .; 16- 18.5 кг/м² недостаточная масса тела , норма 18,5-24,9 м/кг², избыточная масса тела 25- 29.9 кг/м², ожирение 1 степени 30- 34.9 кг/м² , ожирение 2 степени 35- 40 кг/м² , 40 кг/м² и более ожирение 3 степени) , абдоминальное ожирение по ВОЗ с расчетом соотношения окружности талии (ОТ) к бедер (ОБ) измеренное в сантиметрах ОТ и ИМТ (более 0,85 и 30 кг/ м² соответственно у женщин считается абдоминальным ожирением) , уровни глюкозы на тощак, инсулина, гликированный гемоглобин , уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) , липопротеидов очень низкой плотности (ХСЛПОНП) в венозной крови на тощак . Был рассчитан индекс атерогенности (ИА),

по формуле $КА = (\text{общий холестерин} - ЛПВП) / ЛПВП$

норма коэфицента -3.0

Результаты и обсуждение : Работа проведена с 2020 - 2022 годы

В Андижанском государственном медицинском институте. Анализ

результатов обследования женщин показал: 65 % женщин не были осведомлены о значении влияния массы тела и нарушений углеводного и липидного обмена на развитие и прогрессирования сахарного диабета и осложнений . Избыточная масса тела выявлена у 90 (32% женщин), ожирением страдали 40 (15%) женщин), дефицит массы тела отмечался у 20 (8 % женщин) Среди 90 женщин с избыточной массой тела, у 75 уровни глюкозы в крови на тощак были 5.2 - 5.9 ммоль/л , у 9 женщин 6 – 6.9 ммоль/л, гликированный гемоглобин 6.5 – 6.7%, у 63 % обследованных женщин на липидограмме показатели ЛПВП были ниже нормативных значений . Из 40 пациентов с ожирением (ИМТ> 30 кг/м²) страдали 16 (40%) женщины. Пациенты с высокими показателями ИМТ , в сравнении с контрольной группой, имели статистически значимо высокие уровни ХС ЛПНП и значимо более высокие уровни инсулина (норма 3- 25 мкЕд/л у взрослых) и гликированного гемоглобина в крови , также сравнительно высокие показатели общего холестерина ($4,97 \pm 0,43$ ммоль/л vs $3,38 \pm 0,32$ ммоль/л; $P=0,05$) и ТГ ($2,03 \pm 0,30$ ммоль/л vs $0,94 \pm 0,10$ ммоль/л; $P=0,05$), а также более высокий ИА ($3,33 \pm 0,27$ против $1,91 \pm 0,35$; $P=0,01$). Тогда как уровни ХСЛПВП ($1,13 \pm 0,03$ ммоль/л) были значимо ниже, чем в группе без нарушения углеводного обмена . Содержание ХС ЛПОНП у женщин с повышенными показателями ИМТ было соответственно повышенным ($2,20 \pm 0,21$ ммоль/л; $P=0,14$).

Выводы:

1. Женщины должны быть проинформированы о влиянии нарушений углеводного обмена и липидного обмена на развитие сахарного диабета и обучены мерам профилактики прогрессирования заболевания.

2. Женщин с повышенными значениями ИМТ в возрасте 40 - 65 лет проживающих в Андижанской области имели нарушение гликемии на тощак , гликированного гемоглобина , также значения ОХС, ТГ, ХСЛПНП, ХСЛПОНП и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин с нормальной массой тела .

3. Нарастание уровня АИ в крови ассоциируется с более старшим возрастом, повышением ИМТ и наличием нарушений углеводного обмена, проведение корреляционного анализа, выявило достоверную положительную связь между возрастом, ИМТ и АИ.

4. В основе развития нарушений углеводного обмена особое потенцирующее значение имеет изменения липидного обмена,

оценка показателей липидного обмена должно входить в перечень обязательных обследований пациентов с нарушением углеводного обмена.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНЫХ АРТРИТАХ И ИХ СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Рахматова Ф.У

ФМИОЗ факультет госпитальной терапии

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – это состояние, при котором почки не могут полностью выполнять свои функции по очищению крови от токсинов



и поддержанию водно-электролитного и кислотно-основного баланса. ХПН может быть вызвана различными заболеваниями, в том числе ревматоидными артритами (РА) – хроническими воспалительными заболеваниями суставов, которые могут поражать также другие органы и системы¹. При РА почки могут страдать как от самого заболевания, так и от его лечения. Основные механизмы повреждения почек при РА – это иммунный воспалительный процесс, амилоидоз, нефротоксичность противовоспалительных и иммуносупрессивных препаратов, нарушение гемодинамики почек². В результате этих факторов развивается гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, нефросклероз, нефролитиаз и другие патологии, приводящие к уменьшению функциональной ткани почек и ХПН³. Симптомы ХПН при РА могут быть неспецифичными и включать утомляемость, слабость, сухость во рту, жажду, тошноту, рвоту, анорексию, отеки, повышение артериального давления, анемию, кожный зуд и другие⁴. Для диагностики ХПН используются лабораторные и инструментальные методы: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (уровень мочевины, креатинина, электролитов), пробы Реберга и Зимницкого (скорость клубочковой фильтрации и концентрационная способность почек), ультразвуковое исследование почек, биопсия почки⁵. Лечение ХПН при РА направлено на коррекцию основного заболевания суставов, устранение факторов риска для почек (гипертония, дислипидемия, дегидратация), снижение токсичности применяемых препаратов для РА (нестероидные противовоспалительные средства, цитостатики), поддержание оптимального уровня гемоглобина и эритропоэтина, диета с ограничением белка, соли и жидкости. При терминальной стадии ХПН показано проведение заместительной почечной терапии – гемодиализа или пересадки почки. Симптомы ХПН при РА могут быть неспецифичными и включать следующие проявления: утомляемость, слабость, снижение работоспособности и аппетита; сухость во рту, жажду, тошноту, рвоту, металлический привкус во рту; отеки лица, конечностей, брюшной полости; повышение артериального давления, головные боли, одышку, сердцебиение; анемию, кровоточивость десен, кровоизлияния на коже и слизистых; кожный зуд, пигментацию, холодность и онемение конечностей; Гемодиализ и пересадка почки – это два способа заместительной почечной терапии, которые применяются при хронической или острой почечной недостаточности, когда собственные почки не могут выполнять свою функцию по очистке крови от токсинов и поддержанию водно-электролитного и кислотно-основного баланса. Гемодиализ – это процедура, при которой кровь больного проходит через специальный аппарат, называемый «искусственная почка», где она фильтруется через полупроницаемую мембрану с помощью диализной жидкости. Гемодиализ проводится регулярно, обычно 3-4 раза в неделю, по 3-5 часов за сеанс¹. Гемодиализ позволяет удалять излишки жидкости, мочевины, креатинин, калий и другие вещества, которые накапливаются в крови при почечной недостаточности. Однако гемодиализ не может восстановить секреторную и эндокринную функцию почек, поэтому пациентам требуется дополнительное лечение и диета². Пересадка почки – это хирургическое вмешательство, при котором больному пересаживается донорская почка от живого или умершего донора. Пересадка почки является наиболее эффективным способом лечения почечной недостаточности, так как она позволяет восстановить все функции почек и улучшить качество жизни пациента³. Пересадка

почки требует совместимости между донором и реципиентом по группе крови и гистологическим маркерам. Кроме того, пациенту необходимо принимать иммуносупрессивные препараты, чтобы предотвратить отторжение трансплантата⁴. Гемодиализ и пересадка почки – это два разных подхода к лечению почечной недостаточности, которые имеют свои преимущества и недостатки. Выбор метода зависит от многих факторов, таких как степень и причина почечной недостаточности, возраст и состояние пациента, наличие донора, доступность и стоимость процедур. В любом случае, пациенту нужна консультация специалиста-нефролога, который поможет определить оптимальный вариант лечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОКСАРТРОЗОВ И ПОРАЖЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ КОВИДЕ.

Рахматова Ф.У.

ФМИОЗ, факультет госпитальной терапии

Коксартроз - это дегенеративное заболевание тазобедренного сустава, приводящее к его разрушению, боли и ограничению движений¹.

Поражения тазобедренных суставов при ковиде могут быть вызваны воспалительными процессами, тромбозами, некрозами или иммунными реакциями.

Дифференциальная диагностика коксартрозов и поражений тазобедренных суставов при ковиде основывается на анамнезе, клинической картине, лабораторных и инструментальных исследованиях. Основные методы диагностики включают рентгенографию, УЗИ, МРТ, КТ, артроскопию, биопсию, анализ крови и суставной жидкости²³.

Цель дифференциальной диагностики - определить причину заболевания, степень его тяжести и подобрать оптимальный план лечения.

Лечение коксартрозов и поражений тазобедренных суставов при ковиде зависит от стадии заболевания, степени повреждения сустава, возраста и общего состояния пациента. В общем, лечение может быть консервативным или хирургическим.

Консервативное лечение направлено на снижение боли, воспаления, улучшение кровообращения и питания хрящевой ткани, укрепление мышц и связок, предотвращение дальнейшего развития артроза. Консервативное лечение включает:

Применение лекарственных препаратов: нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), хондропротекторов, вазодилататоров, миорелаксантов, гормональных инъекций в суставную полость¹²³. Физиотерапевтические процедуры: магнитотерапия, ультразвуковая терапия, электрофорез, лазерная терапия, грязелечение, бальнеотерапия¹²³. Лечебная физкультура: комплекс упражнений для развития подвижности сустава, укрепления мышц и связок, снятия спазма и боли¹²⁴. Упражнения должны быть мягкими, плавными, без резких движений и чрезмерной нагрузки на сустав. Полезны плавание, велосипедная эргометрия, ходьба с тростью¹². Массаж и мануальная терапия: для улучшения кровообращения, расслабления мышц, восстановления нормального положения суставных поверхностей¹². Ортопедические средства: подбор индивидуальной обуви, ортопедических стелек, тростей, ходунков для снижения нагрузки на



сустав¹². Санаторно-курортное лечение: для профилактики обострений и улучшения общего состояния организма¹². Хирургическое лечение показано при неэффективности консервативной терапии, выраженном разрушении сустава, нарушении его функции и постоянных болях. Хирургическое лечение заключается в замене поврежденного сустава на искусственный протез (эндопротезирование). Это позволяет восстановить подвижность и опорную способность конечности, избавиться от боли и улучшить качество жизни пациента¹²⁵⁶. Эндопротезирование может быть частичным (замена только головки бедра) или полным (замена головки бедра и вертлужной впадины). Выбор типа протеза зависит от степени поражения сустава, возраста и активности пациента⁵. После операции необходима реабилитация, которая включает медикаментозную поддержку, физиотерапию, ЛФК, массаж, соблюдение режима и правил поведения. Реабилитация может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и типа протеза⁵⁷.

ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНЫХ АРТРИТАХ И ИХ СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Рахматова Ф.У.

ФМИОЗ факультет госпитальной терапии

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – это состояние, при котором почки не могут полностью выполнять свои функции по очищению крови от токсинов и поддержанию водно-электролитного и кислотно-основного баланса. ХПН может быть вызвана различными заболеваниями, в том числе ревматоидными артритами (РА) – хроническими воспалительными заболеваниями суставов, которые могут поражать также другие органы и системы¹.

При РА почки могут страдать как от самого заболевания, так и от его лечения. Основные механизмы повреждения почек при РА – это иммунный воспалительный процесс, амилоидоз, нефротоксичность противовоспалительных и иммуносупрессивных препаратов, нарушение гемодинамики почек². В результате этих факторов развивается гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, нефросклероз, нефролитиаз и другие патологии, приводящие к уменьшению функциональной ткани почек и ХПН³.

Симптомы ХПН при РА могут быть неспецифичными и включать утомляемость, слабость, сухость во рту, жажду, тошноту, рвоту, анорексию, отеки, повышение артериального давления, анемию, кожный зуд и другие⁴. Для диагностики ХПН используются лабораторные и инструментальные методы: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (уровень мочевины, креатинина, электролитов), пробы Реберга и Зимницкого (скорость клубочковой фильтрации и концентрационная способность почек), ультразвуковое исследование почек, биопсия почки⁵.

Лечение ХПН при РА направлено на коррекцию основного заболевания суставов, устранение факторов риска для почек (гипертония, дислипидемия, дегидратация), снижение токсичности применяемых препаратов для РА (нестероидные противовоспалительные средства, цитостатики), поддержание оптимального уровня

гемоглобина и эритропоэтина, диета с ограничением белка, соли и жидкости. При терминальной стадии ХПН показано проведение заместительной почечной терапии – гемодиализа или пересадки почки. Симптомы ХПН при РА могут быть неспецифичными и включать следующие проявления: утомляемость, слабость, снижение работоспособности и аппетита; сухость во рту, жажду, тошноту, рвоту, металлический привкус во рту; отеки лица, конечностей, брюшной полости; повышение артериального давления, головные боли, одышку, сердцебиение; анемию, кровоточивость десен, кровоизлияния на коже и слизистых; кожный зуд, пигментацию, холодность и онемение конечностей; Гемодиализ и пересадка почки – это два способа заместительной почечной терапии, которые применяются при хронической или острой почечной недостаточности, когда собственные почки не могут выполнять свою функцию по очистке крови от токсинов и поддержанию водно-электролитного и кислотно-основного баланса. Гемодиализ – это процедура, при которой кровь больного проходит через специальный аппарат, называемый «искусственная почка», где она фильтруется через полупроницаемую мембрану с помощью диализной жидкости. Гемодиализ проводится регулярно, обычно 3-4 раза в неделю, по 3-5 часов за сеанс¹. Гемодиализ позволяет удалять излишки жидкости, мочевины, креатинин, калий и другие вещества, которые накапливаются в крови при почечной недостаточности. Однако гемодиализ не может восстановить секреторную и эндокринную функцию почек, поэтому пациентам требуется дополнительное лечение и диета². Пересадка почки – это хирургическое вмешательство, при котором больному пересаживается донорская почка от живого или умершего донора. Пересадка почки является наиболее эффективным способом лечения почечной недостаточности, так как она позволяет восстановить все функции почек и улучшить качество жизни пациента³. Пересадка почки требует совместимости между донором и реципиентом по группе крови и гистологическим маркерам. Кроме того, пациенту необходимо принимать иммуносупрессивные препараты, чтобы предотвратить отторжение трансплантата⁴. Гемодиализ и пересадка почки – это два разных подхода к лечению почечной недостаточности, которые имеют свои преимущества и недостатки. Выбор метода зависит от многих факторов, таких как степень и причина почечной недостаточности, возраст и состояние пациента, наличие донора, доступность и стоимость процедур. В любом случае, пациенту нужна консультация специалиста-нефролога, который поможет определить оптимальный вариант лечения.

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Рахматуллаева Нигора Рузметовна.

Кафедра стоматологии Ургенчский филиал ТМА.

Цель исследования К сожалению с каждым годом растет число детей с нарушениями слуха. Для реабилитации глухих в Узбекистане все чаще внедряется кохлеарная имплантация, которая по праву считается самым эффективным методом, способствующим успешному развитию речи. В Республики Узбекистан Хорезмской



области с 2021 года по 2023 года более 70 детей перенесли эту операцию. Кохлеарный имплантат (далее КИ) современный мир, в котором он существует, предлагает огромные возможности для формирования речи, и он также может предоставить полноценную жизнь для людей с нарушениями слуха.

Материалы и методы. Нужно знать, что операция по установке кохлеарного имплантата, к сожалению, частично восстанавливает слух, но также значительно расширяет возможности слабослышащих людей понимать речь других. Эта операция заключается в введении системы электродов во внутреннее ухо пациента, чтобы обеспечить восприятие звуковой информации посредством электрической стимуляции оставшихся слуховых волокон. Оценит морфо-функциональный состояние полости рта у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации. Исследование проводилось на кафедре стоматологии ТМА Ургенчского филиала. В исследование участвовали 31 пациент и односторонней кохлеарной имплантацией. После кохлеарной имплантации важным частям лечения является реабилитация. Для реабилитации понадобится 3-5 лет и более. Основная цель программы реабилитации ребенка с потерей слуха после кохлеарной имплантации - формирование/восстановление и дальнейшее развитие слухового восприятия, вербальной речи и невербальных навыков, необходимых для полноценной социальной жизни детей после кохлеарной имплантации, учитывая их индивидуальные особенности.

Результаты исследования. В Республике Узбекистан кохлеарная имплантация проводится на одну ухо из бюджета детям с диагнозом сенсоневральная тугоухость. Это очень большая помощь семьям и на будущее самого ребенка. Но после кохлеарной односторонней имплантации у детей будет односторонняя тугоухость. Ребенок с этой патологией растет, привыкает к жизни. Односторонние навыки появляются, но с этими односторонними осложнениями тоже. Такие как гемиатрофия мимических мышц, мышц шеи. Гемиатрофия мимических мышц приводит к ассиметрии лица, в полости рта может быть ассиметрическое соотношение и именно приводит к трансверзальным аномалиям как перекрестный прикус. При гемиатрофии жевательных и мимических мышц на лицо и в области шеи появляется разница в величине правой и левой стороны.

Вывод. Для полноценного развития ребенка по сути возможности КИ надо проводить на оба уха. Еще дети с нарушениями слуха сталкиваются с трудностями при доступе к медицинским услугам, вызванными их неспособностью выразить свои проблемы со здоровьем полости рта и повлиять на состояние здоровья полости рта. Целью этого описательного обзора является изучение состояния здоровья полости рта у детей с нарушениями слуха и подробное обсуждение использования стоматологических услуг детьми с нарушениями слуха.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТА ХЕМОБЕН У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Рузибоев С.А., Юнусов О. Т.

Самаркандский Государственный медицинский университет

Актуальность исследования. У больных с тяжелыми ожогами нарушения гемостаза проявляются ДВС синдрома. При этом, по мнению многих авторов ДВС-синдром либо вообще не распознаётся, либо диагностируется в стадии клинической манифестации, которая проявляется геморрагией и/или дисфункцией органов. Для раннего периода ожоговой болезни характерна острая форма. Ранняя некрэктомия способствует улучшению общего состояния вследствие удаления некрозов, которые являются субстратом развития интоксикации и сепсиса. Раннее хирургическое лечение также ускоряет выздоровление пострадавших, с лучшими функциональными и косметическими отдалёнными результатами лечения вследствие меньшего развития рубцовой ткани, в отличие от этапного хирургического лечения. Некрэктомии и аутодермопластики сопровождаются кровопотерей, составляющей 0,5-1,5 мл/см² раневой поверхности, расстройствами гемостаза и микроциркуляции, а подготовка кожного аутоотрансплантата требует взятия кожного лоскута значительной площади, что приводит к увеличению кровопотери. При этом важно проведение адекватной инфузионной подготовки и гемотрансфузионной поддержки во все периоды ожоговой болезни.

Цель исследования. Оценка эффективности применения отечественного гемостатического имплантата «Хемобен» у тяжелообожженных.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 42 пострадавших с термическими поражениями (12 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 15 до 65 лет, находившихся на лечении в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2021-2023 гг. В большинстве наблюдений причиной травмы являлось пламя (27 случаев), также наблюдались ожоги кипятком (12 случаев), контактные ожоги (3 случая). Общая площадь поражения у пациентов составляла от 5 до 20% поверхности тела, а глубокого ожога IIIб-IV степени до 12-15%. Всем пациентам выполняли раннюю некрэктомию до здоровых тканей с появлением капиллярного кровотечения с одновременной аутодермопластикой. Гемостаз осуществляли гемостатическим порошком из производных целлюлозы препаратом «Хемобен».

Результаты исследования. Оперативное вмешательство 42 пациентам с глубокими ожогами заключалось в применение гемостатического препарата Хемобен для остановки кровотечения после иссечения некротизированной кожи и подкожных структур. Наши исследования показали, что ранняя хирургическая некрэктомия и взятие расщеплённых аутоотрансплантатов с донорских участков сопровождается кровопотерей (6-10 мл крови на площади 100 см²), а сразу после применения гемостатического порошка «Хемобен» кровотечение полностью прекращается и раневая поверхность принимает блестящий вид из-за адгезированной к ней пленки. Болевые ощущения были незначительными. При закрытии раневого дефекта донорским аутолооскутом отмечена хорошая адгезия кожного лоскута к подлежащей



ране. При осмотре на следующие сутки после операции признаков некроза кожного трансплантата не отмечено. Донорская рана также чистая, признаков инфицирования и болевых ощущений нет. На 3 сутки после операции у больных имела место положительная динамика заживления кожного трансплантата. Отделяемого из раны нет. На донорском участке признаков воспаления и инфицирования раны нет. На 7 сутки после трансплантации кожи имеет место практически полное приживление трансплантата кожи, линия шва в виде четкой тонкой линии, без признаков покраснения или инфильтрации. Трансплантат кожи мягкий, эластичный, бледно-розового цвета. Признаков инфицирования не отмечено. Донорский участок полностью эпителизировался, остался тонкий эластичный рубец без признаков гипертрофии и воспаления, безболезненный. На 12 сутки наступило полное приживление ауто трансплантата кожи с полным восстановлением дефекта с незначительной контракцией области дефекта. Таким образом, у пациентов применение пленочной формы гемостатика «Хемобен» после некрэктомии с последующей аутодермопластикой во всех случаях способствовало полному заживлению донорских участков на 7 сутки, и полное приживление ауто трансплантата кожи с полным восстановлением дефекта – к 12 суткам после операции. Обсуждение. На основании полученных данных можно сделать следующее заключение. Применение препарата Хемобен во время аутодермопластики после ранней некрэктомии обеспечивает полный гемостаз и снижение выраженности раневой боли. Местное однократное нанесение на рану после некрэктомии гемостатического препарата Хемобен при аутодермопластике способствует быстрой адгезии трансплантата, обеспечивает скорое и полное приживление кожных лоскутов.

Выводы. Таким образом, при тяжелых термических травмах развивается ДВС-синдром, требующий соответствующей коррекции гемостаза. В этих условиях применение Хемобена во время некрэктомии и аутодермопластики существенно повышала эффективность терапии, сокращала пребывание пострадавших в стационаре и снижала летальность. Механизм положительного действия препарата связан влиянием его на внешний и внутренние пути коагуляционного гемостаза, адгезивной способностью, обеспечивающий быстрое и полное приживление трансплантата.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ И УСТОЙЧИВОСТИ У БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рузматова Х.К.

**Международный медицинский университет Central Azian medical university,
Фергана, Узбекистан**

Одним из важнейших звеньев в системе подготовки медицинских кадров, безусловно, является правильная и своевременная профессиональная ориентация. Принимая решение о выборе профессии медицинского работника, молодые люди не всегда четко представляют себе особенности и трудности овладения ею. Мотивация к выбору профессии у выпускников школ не всегда высока. Это обусловлено, на наш



взгляд, юным возрастом поступающих, низким уровнем сформированности жизненных приоритетов, авторитарным мнением родителей. Для нас важным является не только то, чтобы человек пришёл в эту профессию, но и остался в ней, закончив обучение, поэтому особую актуальность в медицинском образовании приобретает формирование профессионального самоопределения и профессиональной устойчивости.

Профессия медицинского работника является не только одной из самых гуманных, но и одной из труднейших. Профессиональное самоопределение можно рассматривать и как процесс, и как результат профессионального выбора, при этом под результатом мы понимаем готовность к созданию данного акта, а под процессом – поэтапное формирование готовности к профессиональной деятельности.

Формирование профессионального самоопределения является одной из основных задач профессионального образования в медицинском колледже. В ходе обучения педагоги стремятся максимально развивать личные качества студентов. В результате длительного процесса формирования личности формируется профессиональная пригодность будущего специалиста.

Особое внимание уделяется формированию толерантности, любви к ближнему, состраданию, человечности, человеколюбию.

В университете создана и постоянно действует волонтерская организация, целью которой является личностное развитие, социальная самореализация и профессиональное самоопределение студентов через ознакомление с различными видами социальной активности. Это и проведение мероприятий для предотвращения социальных, национальных и религиозных конфликтов, пропаганда здорового образа жизни и профилактика заболеваний, поддержка донорства, чествование ветеранов Великой Отечественной войны, оказание помощи пожилым людям. Приоритетным направлением волонтерского движения является оказание помощи детям-сиротам и детям с ограниченными возможностями здоровья. Данное направление деятельности помогает студенту проявить себя в той или иной сфере медицинской деятельности с учетом своих личных качеств. На профессиональное самоопределение студента огромное влияние оказывает процесс прохождения производственной практики. С учетом профессиональных предпочтений каждого студента разработан индивидуальный подход при определении места прохождения производственной практики, в особенности, преддипломной. Накоплен многолетний опыт прохождения студентами выпускных групп преддипломной практики по индивидуальным договорам. Ключевую роль здесь играет выбор студентом будущего места работы. Особое внимание уделяется профессиональному самоопределению обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов. Ведущим фактором при определении места прохождения практики, а возможно, и последующего трудоустройства, является состояние здоровья студента. Одним из факторов качественного функционирования системы здравоохранения является профессиональная устойчивость медицинских работников среднего звена, связанная с достоверностью, стабильностью, прочностью профессиональной подготовки студентов средних специальных учебных заведений. Наивысший уровень профессиональной устойчивости проявляется в том, что человек, получающий от процесса труда удовлетворение, дает положительную оценку своей профессии и

трудовой деятельности и рекомендует другим обучаться этой профессии. “Выберите себе работу по душе, и вам не придётся работать ни одного дня в своей жизни”, - сказал великий китайский мыслитель и философ Конфуций несколько веков назад. Профессиональная направленность изучения общепрофессиональных и специальных дисциплин, которая является главной составляющей формирования профессиональной устойчивости, обеспечивается методологической насыщенностью содержания, с учетом специфики работы медицинских учреждений — муниципальных, областных, отраслевых и пр. В реализации данного подхода неocenимую роль играет тесное взаимодействие с социальными партнерами. До 40 % сотрудников колледжа составляют представители практического здравоохранения, в том числе, главные и старшие медицинские сестры. Образовательный процесс в колледже максимально приближен к условиям практического здравоохранения, а содержание обучения - к действительности, перенимая все лучшее, что действует в здравоохранении. Производственная и преддипломная практика проводится в лучших лечебно-профилактических учреждениях города Фергана, реализующих передовые технологии. В ходе данного процесса становятся более определенными и ярко выраженными профессиональные предпочтения, возрастает готовность студентов к принятию себя как субъектов профессиональной медицинской деятельности. Критерием сформированности профессионального самоопределения является стабильно высокие показатели трудоустройства выпускников.

Мониторинг закрепляемой молодых специалистов из числа выпускников колледжа на рабочих местах является одним из приоритетных направлений системы контроля качества образования. Стратегия образовательного процесса университета на формирование профессионального самоопределения и профессиональной устойчивости личности студента позволяет более эффективно подготовить его к преодолению характерных трудностей профессии, заложить основу будущего профессионализма.

ГИПОТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОРЗАСОФТ ПРИ ОТКРИТОУГЛЬНОЙ ФОРМЕ ГЛАУКОМЕ

Рустамжонов А.Б.

Андижанский Государственный Медицинский институт

Дорзасофт- импортный миотик антихолинэстеразного ряда, обладающий продолжительным гипотензивным действием.

Применяют 1 капли 1 раз в день. При применении дорзасофт снижение внутриглазного давления достигает своего максимума через 6 – 12 часов и может сохраняться до 96 – 120 часов. Но с другой стороны, латамед имеет сильные побочные эффекты. Возможен резкий спазм аккомодации, миоз, гиперемия глаза и боли в нём. По мере увелечения продолжительности применения препарата побочные явления исчезают. Побочные явления при применении тафлатан, выражены слабее, такую концентрацию больные переносят лучше, но на внутриглазное давление эта концентрация действует слабее. Нередко мы совсем не наблюдали гипотензивного эффекта. у подавляющего большинства больных вызывает резкую

смешанную инъекцию глазного яблока и очень сильные, сильный миоз, затрудняющий зрительную работу. Из других осложнений в одном случае мы отметили подконъюнктивальное кровоизлияние, появившееся на вторые сутки после первого закапывания дорзасофт на фоне смешанной инъекции глазного яблока. С целью выяснения явления дорзасофт на гидродинамику глаза при открытоугольной глаукоме мы провели тонографические исследования у 16 больных (32) глаз, из них 8 мужчин, и 8 женщин. Были отобраны только лица с повышенным внутриглазным давлением.

Анализ результатов тонографических исследований, которые выполняли при применении дорзасофт показал следующие: истинное ВГД под действием тофлатан на 24 глаз снизилось на 1 – 25 мм.рт.ст. В среднем это снижение составило $11,4 \pm 0,98$ ($P=0,001$). Коэффициент оттока легкости не изменился в 5 случаях, уменьшился в пределах от 0,05 до 0,35 в 7. Какой либо зависимости тонографических показателей от пола, возраста и стадии болезни нами не отмечено.

ВЫВОДЫ:

Согласно полученным нами данным, гипотензивный эффект дорзасофт обусловлен снижением секреции камерной влаги.

Истинное ВГД после первой инстилляцией дорзасофт снизились в среднем на 11,4 мм.рт.ст.

Нами не выявлено влияния дорзасофт на состояние оттока камерной жидкости.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕКТИНОВЫХ БИОДОБАВОК В РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ

Сабирова Х.Г, Нурматова М.М

**магистрант PhD по химическим наукам, доцент кафедры химии
Ферганский государственный университет**

АННОТАЦИЯ. Тяжелая экологическая обстановка, вызванная загрязнением окружающей среды отходами химических и микробиологических производств, широкое внедрение антибиотиков в медицине, в ветеринарии и в пищевой отрасли привели к снижению сопротивляемости организма вредным факторам. Сегодня, как никогда ранее, возрастает роль пищевых добавок, обладающих защитным, диетическим и лечебно-профилактическим действием, таких как пектин. В работе приведён краткий обзор применения пектиновых веществ в лечебно-профилактических целях. Ключевые слова: пектин, мясопродукты, тяжелые металлы, студень, лечебный эффект. Пектины – это высокомолекулярные полисахариды клеточных стенок, относящиеся к линейным коллоидам с длиной молекулы порядка 10–4 мкм. Доминирующим компонентом пектиновых полисахаридов является полигалактуроновая кислота. В случае высших растений это полимеры, представляющие собою преимущественно неразветвленные цепи остатков D-галактуроновой кислоты, которых в высокомолекулярном пектине насчитывают от 300 до 1000 и более единиц, что соответствует молекулярной массе приблизительно от 50000 до 200000 [1,2]. Свойство пектина образовывать студни широко



используется в кондитерской промышленности для производства желе, мармелада, пастилы, зефира и др.

Медицинская химия расположена в самом сердце фармацевтической индустрии, и специалист по медицинской химии имеет одну из самых сложных и полезных работ, которые только можно себе представить. Он разрабатывает препарат, который должен сбалансировать часто противоречивые требования подходящей дозировки, по выбранному маршруту доставки, с желаемой частотой дозы для обеспечения терапевтического эффекта, сохраняя пределы побочных эффектов в течение всего периода дозирования. Молекула препарата может быть предоставлена миллионам пациентов, каждый из которых может по – разному реагировать на препарат, и все они должны лечиться безопасно и эффективно. В то время как обнаружение лекарственного средства, несомненно, является делом, охватывающим широкий спектр научных дисциплин, медицинские химики имеют решающее значение для разработки и усовершенствования лекарственной молекулы. Это медицинский химик, который интегрирует и балансирует разнообразные входные сигналы в единую химическую структуру, которая потенциально может стать новым лекарственным препаратом.

Лечебный эффект пектина заключается в том, что, попадая в желудочно-кишечный тракт, пектин образует гель, разбухая, обезвоживает пищеварительный тракт и, продвигаясь в кишечнике, захватывает токсичные вещества [2,3]. Образующаяся при гидролитическом распаде пектина под действием микрофлоры кишечника галактуроновая кислота способствует детоксикации вредных веществ [4,5]. Пектиновые вещества применяют в медицине как лечебно-профилактические средства, способствующие выведению из организма тяжелых и радиоактивных металлов.

Использование пектина в композициях с лечебными травами позволяет повысить как терапевтическое действие, так и сорбционные показатели[8]. Клиническое исследование типов пектинов, проявляющих иммуностимулирующий и лечебный эффект при лечении острых желудочно-кишечных заболеваний с синдромом диареи. Пектин, предназначенный для лечения острых кишечных заболеваний, оказывает отчетливый и стойкий положительный эффект при кишечном дисбактериозе. Этот тип пектина рекомендован к применению в комплексе лечения детей с дисбактериозом, особенно вызванными химическими препаратами [9]. Важное применение пектин нашел как заменитель кровяной плазмы и кровоостанавливающее средство. Он повышает свертываемость крови при гемофилии. Пектины применяют для изготовления полуфабрикатов высокой степени готовности, готовых кулинарных изделий. Разработаны также новые виды пищевых продуктов с добавлением пектина: майонезные пасты, мороженое. Основным показателем, характеризующим качество пектинового препарата, является содержание в нем галактуроновой кислоты. Вырабатываемый в промышленных условиях яблочный пектин имеет чистоту препарата 45-50% [10]. Известны случаи положительного применения пектина для лечения больных костно-суставным туберкулезом и полиартритом. В силу своих лечебных свойств пектин является основой рационов профилактического питания и лечебных диет.

Изучена возможность его использования для получения продуктов питания для лиц, контактирующих с токсическими веществами [3,5]. Исследования по скринингу пектиновых препаратов для купирования токсического отека легких на животных показали, что пектиновые препараты значительно повышают уровень активности антиоксидантов ферментов в организме. Продукты с добавками свекловичного пектина эффективно действуют при ярко выраженном отеке легких. Пектинопрофилактика может быть рекомендована для профилактического питания лиц, контактирующих с диоксидом азота. С целью предотвращения эффекта снижения усвояемости железа организмом композиции на основе мяса цыплят механической обвалки и субпродуктов обогащали с яблочным пектином и витамином С [7,8]. Пектин и витамин С повышают степень усвоения железа, способствуют увеличению биологической эффективности мясных композиций [8,10]. На основе проведенных исследований сделано заключение о целесообразности использования пектинов в рецептуре мясных и хлебобулочных изделий. В данных продуктах целесообразно использовать пектиновые вещества в композиции с источниками железа и аскорбиновой кислоты, что усиливает лечебно-профилактический эффект продукта.

БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН В РЕГИОНЕ С ДЕФИЦИТОМ ЙОДА

Сабирова Хуснигул Гайратовна

**ассистент кафедры "Медицинской и биологической химии" Ферганский
медицинский институт общественного здравоохранения.**

На каждом континенте земного шара имеются те или иные определенные экологические особенности, влияющие на здоровье человека. Одной из главных экологических проблем в мире является природно-обусловленный дефицит йода в биосфере. Для медико-социальное значение дефицита йода обусловлено тем, что практически вся территория Узбекистана, в том числе и Ферганская область эндемична по зобу. Значение йода для человека определяется тем, что этот микроэлемент является обязательным структурным компонентом гормонов щитовидной железы – тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3). Йод поступает в организм с пищевыми продуктами растительного и животного происхождения, и лишь небольшая его доля поступает с водой и воздухом. Дефицит йода, соответственно и гормонов щитовидной железы, у плода и в раннем детском возрасте может привести к необратимому снижению умственного развития, вплоть до кретинизма. У женщин нарушается детородная функция: увеличивается количество выкидышей и мертворождений, развивается бесплодие. Таким образом, существует целый ряд заболеваний, которые представляют серьезную опасность для потенциала здоровья миллионов людей, проживающих в йод дефицитных районах. Йод дефицитные состояния являются одними из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека. Недостаток йода является причиной серьезных нарушений в состоянии здоровья человека: эндемический зоб, гипотиреоз, осложненное течение беременности и родов, мертворождения, выкидыши, бесплодие,

врожденные аномалии, умственная и физическая отсталость. По рекомендации ВОЗ суточная потребность взрослого составляет 150мкг йода в день и 200мкг йода в день для беременных. Несмотря на многочисленные данные о влиянии антропогенной нагрузки и дефицита йода на становление репродуктивной функции, научный интерес к данной проблеме не спадает. Химические вещества, попадая в организм человека, подвергаются биотрансформации, метаболизм которых осуществляется на генетическом уровне. Нарушение генов ферментов метаболизма химических веществ могут обуславливать развитие различных нарушений, в т.ч. в репродуктивном здоровье.

Репродуктивное здоровье— это состояние физического, психического здоровья и социального благополучия, определяющее способность к воспроизводству потомства. Бесплодие остается одной из главных проблем репродуктологии. Бесплодие как явление имеет высокое социальное, демографическое и экономическое значение. Бесплодный брак— это отсутствие беременности в течение одного года у супругов детородного возраста при условии регулярной половой жизни без— применения каких-либо средств контрацепции. Бесплодный брак включает аспекты как медицинского, так и социального характера. Бесплодие в браке— одно из наиболее серьезных нарушений репродуктивного здоровья. Цель исследования— изучить взаимовлияние йод дефицитных заболеваний и нарушений репродуктивного здоровья. Материал и методы исследования. Под наблюдением с целью углубленного обследования находилось 78 женщин репродуктивного возраста с бесплодием (от 18 до 45 лет). В анамнезе у всех имели йод дефицитные заболевания. Для оценки степени увеличения щитовидной железы при осмотре и пальпации использовалась современная классификация зоба (ВОЗ, 1994): Степень 0— зоба нет Степень 1— размеры долей больше дистальной фаланги большого пальца, зоб пальпируется, но не виден. Степень 2— зоб пальпируется и виден на глаз. Изучение функции щитовидной железы было связано определением уровня свободного Т4, ТТГ и свободного Т3. Дефицит йода в окружающей среде отрицательно влияет на функциональное состояние эндокринной системы, вызывая гормональные расстройства, и именно это обстоятельство является одной из причин ухудшения состояния репродуктивного здоровья женщин. В нескольких районах Тамбовской области, нами была проведена оценка йодного обеспечения. В результате обследования получены данные, превышающие спорадический уровень заболеваемости (5 %). В исследуемой группе у женщин с йод дефицитными заболеваниями наиболее часто встречалась доброкачественная дисплазия молочной железы (52,4 %), далее миома матки (25,1 %), эктопия шейки матки (17,6 %) и прочие хронические воспалительные заболевания.

Йод дефицитные заболевания способствуют снижению функциональной активности эндокринной системы, тем самым вызывая дисфункцию гипоталамо-гипофизарной системы. Нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе приводят к нарушению выработки половых гормонов— повышение пролактина и тестостерона, а при узловом зобе— эстрадиола. У женщин фертильного возраста, проживающих в эндемичной по зобу регионе, на фоне высокого уровня патологии со стороны щитовидной железы, выявляются нарушения стороны репродуктивной системы. Различные нарушения менструального цикла были обнаружены у 48,6 % обследованных женщин, женское бесплодие— 12,2 %. В целях профилактики йод

дефицитных состояний главным образом применяется йодированная соль, освоена технология выработки хлебобулочных изделий с использованием йодированной соли на хлебопекарных предприятиях.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ УРГЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Садиков У.Т., Абдухафизов У.А., Ахмедова М
Central Asian Medical University, Фергана,

Использование информационных и коммуникационных технологий (ИКТ) является важным средством достижения конкретных социальных и экономических целей развития. В последние годы правительства по всему миру все чаще начинают признавать роль ИКТ в повышении эффективности и качества предоставления услуг населению. Доступ к информации и обмен информацией являются также ключевыми факторами успеха в деле обеспечения населения более качественными и своевременными медицинскими услугами, что является основной задачей проекта «Здоровье» в Узбекистане [1]. Главными целями использования информационных систем являются возможности медицинских организаций работать более эффективно, оказать помощь медицинскому персоналу улучшить качество услуг благодаря значительно лучшему доступу к клинической, эпидемиологической и административной информации. Главная задача медицинского персонала – это обеспечить качественное высокопрофессиональное лечение в пределах имеющихся возможностей и, кроме того, в соответствии с Клятвой Гиппократова, не нанести никакого вреда больному. Однако, к сожалению, медицинские ошибки все еще имеют место. Некоторые из них можно было избежать, если бы современные информационные технологии более широко были использованы в медицинской практике, которые позволили бы предоставить жизненно важную информацию в нужном месте и в нужное время, своевременно обратили бы внимание медперсонала на изменение критических показателей больного, регулярно информировать врачей и всех других медицинских работников о лучшем и наиболее успешном мировом медицинском опыте. Оперативная и достоверная диагностика, требующая от врача отработки вариантов и дифференциации от других патологий, наиболее остро ощущается в неотложных ситуациях. Отмеченная задача усложняется в случае, когда достаточно не сформированы собственные алгоритмы и методы распознавания факторов, угрожающих жизни пациента, не отработанны навыки умения принятия клинических решений. Реформирование системы здравоохранения в Узбекистане, направленное на его структуризацию, специализацию, улучшение его интеллектуальных и материальных ресурсов модернизацию управления лечебно-диагностическими процессами, выдвинуло на первые позиции проблемы информационного обеспечения всех уровней системы как коренную проблему практической медицины. В связи с этим возникает острая проблема совершенствование работы с информацией изменение информационной среды, в которой протекает лечебно-диагностический процесс. Сегодня информационные технологии всё больше определяют потенциал современной медицины, становясь



неоспоримыми помощниками в оказании медицинской помощи [2]. Информационный ресурс представляет собой совокупность знаний, получаемых и накапливаемых в процессе развития науки, практической деятельности специалистов и функционирование различных приборов и устройств, которые фиксируются на физических носителях информации, обеспечивающих их передачу во времени и в пространстве потребителям для решения управленческих, производственных (в том числе медицинских) и научных задач. Развитие компьютерных технологий и медицинской кибернетики позволяет решать выше отмеченные проблемы в области электронного здравоохранения. оптимизации Они автоматизируют процесс определенных действий врачей. повышают достоверность и эффективность лечебно-диагностических процедур. Компьютерные информационные технологии в медицине становятся все более распространенным методом не только сбора, хранения и научного анализа медицинской информации, но и методом решения многих клинических задач диагностики и выбора оптимальных тактик лечения, а также прогноза показателей, характеризующих степень тяжести состояния больного. Современное развитие неотложной медицинской помощи повышение его эффективности к частности диктует переход к комплексной автоматизации, организации экстренных лечебно- диагностических процессов, медицинского документооборота, а также информационной и интеллектуальной поддержки процесса лечения и управления учреждения [3]. Реализация концепции автоматизации лечебно-диагностической работы позволит иметь компьютерную историю болезни, что существенно улучшит обмен медицинской информацией о больном между лечащими врачами и другими медицинскими работниками. Дело ближайшего будущего внедрить - такие системы в Узбекистане повсеместно с тем, чтобы они обеспечивали налаженную взаимосвязь между всеми элементами здравоохранительной системы. Достоверность диагностики и эффективности оказания экстренной медицинской помощи зависит не только от квалификации врача и наличия соответствующих лечебно-диагностических баз, но и от наличия наиболее полной информации о пациенте, его болезни, а также от достижения медицинских знаний в соответствующих областях [4]. Отмеченные особенности оказания экстренной медицинской помощи также диктует привлечение для организации лечебно- диагностических процедур современных технических средств и технологий сбора, обработки, использование и хранение медицинской информации, также электронно-коммуникационных систем для их импорта и экспорта, т.е. информационное сопровождение процесса диагностики болезни и лечения больного.

Выводы. Таким образом, решение проблемы создания комплексных компьютерных информационных технологий, формализации, хранения, обработки и анализ медицинских знаний открывает принципиально новые возможности своевременной, оперативной и достоверной диагностики болезней, контроля качества лечебного процесса, эффективного наблюдения за состоянием больного, точной аналитической обработки медицинских данных, рационального использования ресурсов лечебного учреждения, в том числе в системе экстренной медицины. В этой связи предоставляется необходимым разработка инструментальных средств моделирования и анализа состояния острых патологий, связанных с гипертоническими кризами (ГК), что позволит врачу кардиологу в неотложных



состояниях, используя всю полноту априорной информации, производить индивидуализированный выбор терапевтических воздействий при минимизации побочных эффектов.

Библиография:

1. Андрушко Л.М. Информационная система управления здравоохранением в рамках проекта «Здоровье-3» в Республике Узбекистан.// Финальный отчет. Женева, Швейцария, июль 2011.

1. Карабаев М. Холдаров И., Ярматов М., Тухтакулов А.Ю., Махмудов Н.И. Информационно-коммуникационные технологии интеллектуальной поддержки деятельности врачей экстренной медицины. // «Актуальные проблемы современной медицины». Материалы научно практической конференции. Фергана, 2005. с. 13-20

2. Карабаев М., Раимжанов А.А., Тухтакулов А.Ю., Махмудов Н.И. Совершенствование технологии информационного обеспечения экстренной медицинской помощи 11 Материалы конференции <<Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи; Высокие технологии в экстренной медицине». Ургенч. 2006. с. 237-240

3. Карабаев М., Раимжанов А.А., Тухтакулов А.Ю., Ярматов М., Хошимов В.Г. Информационно-коммуникационные технологии поддержки деятельности врачей экстренной медицины // Материалы конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи; Высокие технологии в экстренной медицине». Ургенч. 2006. с. 240-244

ГИБРИДНАЯ ФОРМА САХАРНОГО ДИАБЕТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

**Садриева С.С., Пердебаева Ш.К., Каримова Ю.Б., Худойбердиева Д.Д.
Ташкентский педиатрический медицинский институт,**

Введение. В 2019 году ВОЗ представила новую классификацию сахарного диабета (СД), включая гибридные формы. Гибридная форма сахарного диабета- это состояние, которое сочетает в себе характеристики как сахарного диабета типа 1, так и типа 2. К этим формам относятся медленно развивающийся иммуноопосредованный диабет взрослых и склонный к кетозу СД 2 типа.

Клинический случай: 52-летняя женщина посетила поликлинику по месту жительства, жалуясь на частое мочеиспускание, сильную жажду и потерю веса. Уровень глюкозы в крови натощак составил 17,5 ммоль/л. Пациентка была направлена в центр эндокринологии для дальнейшего обследования. На осмотре выявлено наличие диабета продолжительностью 10 дней, индекс массы тела (ИМТ) 29 кг/м², окружность талии 87 см, а также потеря веса примерно на 6-8 кг. Семейный анамнез показал наличие сахарного диабета 2 типа у отца. Было решено провести анализы на антитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD), гликированный гемоглобин (HbA1c) и основные параметры общего и биохимического анализа крови. Результаты анализов, полученные на следующий день, показали HbA1c 12,2%, гликемию 20,3 ммоль/л, антитела к GAD отрицательные. Введена подкожная инъекция 4 ЕД инсулина Глулизина (Апидра). Через 2 часа уровень глюкозы снизился до 9,5 ммоль/л, а через 4 часа – до 5,5 ммоль/л. Далее пациентке назначили комбинацию

метформина и ингибитора натрий-глюкозного котранспортера 2 (иНГЛТ2). Дополнительное обследование показало базальный уровень С-пептида 360 пмоль/л, стимулированный 490 пмоль/л, гликемию натощак 5,6-7,2 ммоль/л, и после еды - до 11 ммоль/л. Общий и биохимический анализы крови были в пределах нормы. Было рекомендовано повторное исследование на антитела к GAD. До получения результатов было предложено продолжать комбинацию Метформин+иНГЛТ2. Через неделю результаты показали положительные антитела к GAD, IgG 7680,1 МЕ/мл (в норме ≤ 10), при этом уровни глюкозы крови оставались в пределах нормы (4,0-5,8 ммоль/л). Учитывая снижение уровня С-пептида, положительный результат антител к GAD, возраст пациентки, потерю веса и нормогликемию при терапии пероральными сахароснижающими препаратами, можно сделать вывод о наличии гибридной формы сахарного диабета (медленно развивающийся иммуно-опосредованный диабет взрослых).

Выводы. В настоящее время у пациентки отмечается удовлетворительная компенсация сахарного диабета. Суточная доза инсулина составляет 28-34 ЕД. Уровень HbA1c 6,7%. Наблюдается постепенное снижение секреции инсулина в организме, уровень С-пептида составляет 187 пмоль/л.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.

Саидходжаева С.Б., Хакимов М.Н.

Андижанский государственный медицинский институт,

Актуальность. Дислокацию мозга могут вызвать все опухоли независимо от размеров, гистологии и степени злокачественности. При этом основным методом ликвидации данного осложнения является хирургический.

Цель: изучить результаты хирургического лечения больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации с дислокационным синдромом.

Материал и методы: исследованы результаты хирургического лечения 49 больных с клиническими и компьютерно-томографическими признаками дислокации мозга которые находились в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2016-2018 гг. Общее состояние больных оценивалось по Шкале Карновского, неврологический дефицит по шкале NANO, анализ выживаемости по методу Каплана-Майера в трех месячном катамнезе.

Результаты: тотальное удаление опухоли проводилось в 79,6% случаях (39 больных), частичное удаление опухоли – 18,4% (9 больных), декомпрессия проводилась у 1 больного (2%). Среднее значение Индекса Карновского у выживших больных был через 3 месяца после операции был выше на $7,75 \pm 5,002\%$ чем при поступлении ($p=0,002$). У 6 (12,2%) больных наблюдался летальный исход. Медиана срока смертельного исхода составила 37 суток (ДИ: 0,0-92,4). Прогрессия неврологического дефицита наблюдался у 8,2% больных, стабильность – у 24,5% больных, регрессия у 51,0% больных.

Выводы: хирургическое вмешательство является эффективным методом лечения больных супратенториальными опухолями головного мозга с дислокационным



синдромом. Необходимо разработать показания к операциям различающиеся по объему вмешательства (тотальное, частичное удаление и декомпрессия).

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сайдалиев М.Н., Мазифарова К.Р.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Актуальность. В настоящее время многие принципиальные аспекты профилактики в процессе ортодонтического лечения еще не полностью решены. Отсутствуют данные о применении метода глубокого фторирования в ортодонтии. Недостаточно освещены вопросы оценки резистентности эмали зубов и эффективности реминерализующих средств с помощью электрометрического метода в процессе ортодонтического лечения. Нет эффективных мотивационных методик обучения и самоконтроля за качеством чистки зубов ортодонтических пациентов. В связи с этим актуальной задачей является дальнейшая разработка профилактических мероприятий в процессе ортодонтического лечения.

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики, профилактики и лечения кариеса зубов при ортодонтическом лечении пациентов несъемной аппаратурой.

Материалы и методы исследования. Обследованы 40 детей в возрасте от 12 до 18 лет, находящихся на ортодонтическом лечении с помощью аппарата KAVo DIAGNOcam. Применены такие методы исследования как клинический, эпидемиологический, инструментальный (лазерно-флуорисцентный), статистический.

Практическая значимость работы. В результате научного исследования определена эффективность ранней диагностики кариеса зубов с наличием несъемных ортодонтических конструкций у детей. Что позволит своевременно провести методы первичной и вторичной профилактики кариеса зубов и значительно сократить расходы на лечение.

Выводы: При ортодонтическом лечении с помощью несъемной техники следует ежемесячно мотивировать пациентов на проведение гигиены полости рта, совершенствовать гигиенические знания, прививать и контролировать мануальные навыки и умения. Для профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта при использовании несъемной ортодонтической аппаратуры рекомендуется следующий комплекс мероприятий: Проведение эндогенной без лекарственной профилактики путем снижения частоты потребления углеводов, по возможности исключить их употребление между приемами пищи, закрепления после каждого приема пищи привычки полоскать полость рта водой. Выполнение экзогенной профилактики путем осуществления профессиональной гигиены полости рта и обучения индивидуальным гигиеническим процедурам в течение 3 плановых посещений до установки ортодонтической аппаратуры и каждые 3 месяцев в ходе ортодонтического лечения.

Список литературы



1-Абдуазимова Л. А. и др. Усовершенствование методов лечения кариеса и его осложнений //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 2-1 (122). – С. 75-80.

2-Абдуазимова Л. А., Джалилова Ш. А., Мухторова М. М. Современные методы лечения кариеса у детей //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 6-1 (126). – С. 97-100.

3-Абдуазимова-Озсойлу Л. А., Джалилова Ш. А., Мазифарова К. Р. Особенности Лечение Кариеса Зубов У Детей Раннего И Дошкольного Возраста //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 1. – С. 119-122.

4-Абдуазимова Л. А. Джалилова Шаходат Аббаровна, Мухторова Мадина Мухторовна. Современные методы лечения кариеса у детей //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 6-1. – С. 126.

5-Абдуазимова Л. А., Джалилова Ш. А., Мухторова М. М. Современные методы лечения кариеса у детей //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 6-1 (126). – С. 97-100.

6-Абдуазимова Л., Мазифарова К., Джалилова Ш. Сравнительная характеристика различных методов лечения кариеса в молочных зубах //Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – 2022. – №. 1. – С. 122-123.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Сайфиддинов Ф.А. Эгамбердиева М. Э.

**(научный руководитель – д.м.н., доц. Нарзикулова К.И.) Ташкентская
медицинская академия Кафедра Офтальмологии Разрешаю для публикации в
материалах конференции**

Введение. Глаукома является одной из главных причин слепоты и слабовидения, и остается одной из актуальных проблем офтальмологии. Открытоугольная глаукома развивается незаметно: пациент не испытывает боли и другого дискомфорта. Эта особенность – незаметные симптомы первичной открытоугольной глаукомы в начальных стадиях и непоправимая потеря зрения – делает раннюю диагностику глаукомы важнейшей задачей диспансеризации лиц старше 40 лет.

Цель исследования: оптимизация ранней комплексной диагностики первичной открытоугольной глаукомы на основании данных суточного мониторинга ВГД с помощью портативного тонометра Icare и показателей ОКТ-ангио.

Материалы и методы: В исследование были включены 30 пациентов с ранними стадиями ПОУГ. Пациенты были разделены на 2 группы: основная и контрольная. Основную группу составили 15 пациентов (30 глаз), которым был проведен суточный мониторинг ВГД с помощью портативного тонометра Icare. Контрольную группу составили 15 пациентов (30 глаз), которым был проведен суточный мониторинг ВГД при помощи тонометра Маклакова.

Всем пациентам были выполнены как общие офтальмологические методы исследования (визометрия, периметрия, биомикроскопия, тонометрия, офтальмоскопия), так и специальные методы (суточное мониторирование ВГД по методу Маклакова, суточное мониторирование ВГД с помощью портативного



тонометра Icare; оптическая когерентная томография, оптическая когерентная томография с модулем ангиографии). Кроме того, у всех этих больных была изучена чувствительность показателей ОКТ-ангио.

Результаты. Анализируя данные обследования, мы выявили, что при суточном мониторинговании ВГД у пациентов с ранними стадиями первичной открытоугольной глаукомы, показатели тонометра Icare оказались более всего сопоставимы с показаниями тонометра Маклакова и в единичных случаях встречался низкий показатель ВГД, диапазон отклонений в этих случаях составлял 2мм рт. ст. в сторону завышения и всего на 1мм рт. ст в сторону снижения. При визуальной оценке ОКТ-ангиограмм нами было отмечено ослабление микрососудистого рисунка ДЗН у больных с ранними стадиями первичной открытоугольной глаукомы. Индекс кровотока в группе пациентов с ПОУГ составил $0,135 \pm 0,017$.

Выявленные снижения индекса кровотока и ослабление микрососудистого рисунка в группе больных первичной открытоугольной глаукомой подтверждают ишемический характер повреждения ДЗН при развитии данного заболевания.

Выводы. Результаты проведенных исследований показали, что данные офтальмотонуса у больных с ранними стадиями ПОУГ по показаниям тонометра Icare примерно идентичны с показателями тонометрии по Маклакову. Достоверных отличий между проведенными методиками не было выявлено. ОКТ-ангиография с функцией Index flow позволяет количественно оценивать гемоперфузию ДЗН и может стать важным клиническим инструментом в диагностике, динамическом наблюдении и контроле качества лечения больных

ПОУГЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ ПРИ РИНОСИНУСИТАХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

1Салиахунова Х.О., 2Шайхова Х.Э., 1Усманова Н.А. 1.

**Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан. 2.
Ташкентская медицинская академия..**

Цель исследования. Оценка синдрома липопероксидации при риносинуситах с коморбидностью хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы исследования. Работа выполнена по плану научных исследований Андижанского государственного медицинского института на клинической базе кафедры оториноларингологии за период с 2020 по 2023 гг.

В соответствии с критериями включения/исключения, на первом этапе по изучению частоты встречаемости из 178 больных с риносинуситами у 64 (36%) пациентов выявили ХОБЛ. Частота ХОБЛ у больных с острым риносинуситом (ОРС) составил 13,5% - 24 больных, а у 40 больных с хроническим риносинуситом (ХРС) – 22,5%. Для дальнейшего изучения липопероксидации у больных с риносинуситами нами было выделено 2 исследуемые группы и одна группа из отделения пульмонологии клиники института с изолированным ХОБЛ для сравнительного анализа. 1-группа: 24 (25,5%) больных острым риносинуситом с ХОБЛ; 2-группа: 40



(42,6%) больных хроническим риносинуситом с ХОБЛ; 3-группа: 30 (31,9%) больных с ХОБЛ.

В зависимости от способов лечения, борьбы с синдромом липопероксидации все исследуемые группы разделены на следующие подгруппы: 1-группу разделили на А и Б подгруппу по 12 (12,76%) больным, у которых в А-подгруппе проводили стандартную терапию, а в Б-подгруппе в комплекс стандартных лечебных мероприятий включали сорбционно-антиоксидантную терапию. 2-группу (больные ХРС с ХОБЛ) тоже разделили на А и Б подгрупп по 20 (21,28%) больных и в этих подгруппах тоже проводили стандартное и сорбционно-антиоксидантное лечения. Состояние больных, биохимические показатели крови, уровень липопероксидации, результаты динамической оценки лечения сравнивали с контрольной группой (3-группа, n=30) больных с изолированной ХОБЛ. Во всех трех исследуемых группах проведенные основные клинико-функциональные, инструментальные, лабораторные обследования и лечения согласно рекомендациям, GOLD 2020, EPOS 2020 и утвержденному протоколу Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Научный интерес к процессу липопероксидации особенно возрос в связи с выяснением их роли в патогенезе многих заболеваний. Повреждения биомембран и сопряженных с ними функций большинства интегральных и примембранных белков, включая рецепторы, транспортные и структурообразующие белки, ферменты и ферментные системы, как плазматической мембраны, так и мембран различных субклеточных органелл, нарушают течение многих клеточных процессов и функционирование клетки в целом.

Эффективность комплексной сочетанной терапии с применением сорбционно-антиоксидантной терапии можно проследить и по динамике показателей липопероксидации. При поступлении в стационар у больных ОРС с ХОБЛ уровень МДА в плазме крови в 1-Б подгруппы больных превышало нормальные значения в 3,6 раз. Под влиянием сорбционно-антиоксидантной терапии в комплексе стандартного лечения уровень данного показателя у этой подгруппы больных на 3 сутки лечебного периода снизился на 45,2% и было достоверно ниже исходного показателя ($p < 0,05$). Достоверное снижение данного показателя у больных ХРС с коморбидностью ХОБЛ отмечено тоже на 3 сутки лечения на 46,0%. У больных ОРС и ХРС с ХОБЛ, а также у больных с ХОБЛ без риносинуситом достоверное снижение концентрации МДА отмечен на 7 сутки лечебного периода на 49%, 47,2% и 46,3% соответственно. К этому сроку у больных ОРС и ХРС с ХОБЛ, которые проведена сорбционно-антиоксидантная терапия 1,6 и 1,9 раза ниже чем по отношению подгрупп 1-А и 1-Б, а по отношению 3-группы 1,6 и 1,8 раз соответственно. Это ещё раз подтверждает преимущество сорбционно-антиоксидантной терапии в сравнении со стандартными методами лечения. Уровень концентрации в крови ДК у больных ОРС с ХОБЛ (1-А и 1-Б подгруппы) при поступлении в стационар превышал нормальных показателей в среднем в 1,9 и 2 раза соответственно. Под влиянием комплексного лечения с применением сорбционно-антиоксидантной терапии уровень концентрации ДК 1-Б подгруппы больных уже на 3 сутки лечебного периода снизилось до $3,53 \pm 0,12$ мкмоль/л (на 29,1%) и достоверно отличалось относительно исходных данных. В результате проведенного комплексного лечения с использованием сорбционно-антиоксидантной терапии у больных ХРС с ХОБЛ на 3

сутки лечения уровень ДК в плазме крови снизилось на 43,8% (1,6 раз ниже чем 2-А подгруппы больных к этому сроку) и достигло нормальных величин - $2,68 \pm 0,09$ мкмоль/л., тогда как в 3-группе больных уровень данного показателя ещё оставался высоким.

Выводы. Липопероксидация при риносинуситах с коморбидностью ХОБЛ обусловлен развитием системного воспаления с повышением уровня маркеров эндогенной интоксикации и избыточным накоплением продуктов липопероксидации (МДА – повышен в 3,6 раз; ДК – повышен в 2,0 раза).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что включение сорбционно-антиоксидантной терапии в комплекс стандартных лечебных мероприятий больных с острым и хроническим риносинуситом с коморбидностью ХОБЛ позволило ранние сутки динамического наблюдения уменьшить интенсификацию процессов эндогенной интоксикации и липопероксидации в организме.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ РИНОСИНУСИТАХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

**1Салиахунова Х.О., 2Шайхова Х.Э., 1Усманова Н.А. 1. А
ндижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан. 2.
Ташкентская медицинская академия.**

Цель исследования. Оценка цитокинового статуса при риносинуситах с коморбидностью хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы исследования. Работа выполнена по плану научных исследований Андижанского государственного медицинского института на клинической базе кафедры оториноларингологии за период с 2020 по 2023 гг.

В соответствии с критериями включения/исключения, на первом этапе по изучению частоты встречаемости из 178 больных с риносинуситами у 64 (36%) пациентов выявили ХОБЛ. Частота ХОБЛ у больных с острым риносинуситом (ОРС) составил 13,5% - 24 больных, а у 40 больных с хроническим риносинуситом (ХРС) – 22,5%. Для дальнейшего изучения характера коморбидности ХОБЛ, эндотоксикоза и липопероксидации у больных с риносинуситами нами было выделено 2 исследуемые группы и одна группа из отделения пульмонологии клиники института с изолированным ХОБЛ для сравнительного анализа. 1-группа: 24 (25,5%) больных острым риносинуситом с ХОБЛ; 2-группа: 40 (42,6%) больных хроническим риносинуситом с ХОБЛ; 3-группа: 30 (31,9%) больных с ХОБЛ.

В зависимости от способов оценки цитокинового статуса и лечения все исследуемые группы разделены на следующие подгруппы: 1-группу разделили на А и Б подгруппу по 12 (12,76%) больным, у которых в А-подгруппе проводили стандартную терапию, а в Б-подгруппе в комплекс стандартных лечебных мероприятий включали сорбционно-антиоксидантную терапию. 2-группу (больные ХРС с ХОБЛ) тоже разделили на А и Б подгрупп по 20 (21,28%) больных и в этих подгруппах тоже проводили стандартное и сорбционно-антиоксидантное лечения. Состояние больных, биохимические показатели крови, уровень цитокинов,



результаты динамической оценки лечения сравнивали с контрольной группой (3-группа, n=30) больных с изолированной ХОБЛ. Во всех трех исследуемых группах проведенные основные клинико-функциональные, инструментальные, лабораторные обследования и лечения согласно рекомендациям, GOLD 2020, EPOS 2020 и утвержденному протоколу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Как известно повышение уровня противовоспалительных цитокинов в сыворотке крови свидетельствует об активности системного воспаления и отражает степень выраженности системной воспалительной реакции. Нами была изучена взаимосвязь этих показателей с различной клинической формой риносинусита коморбидностью с ХОБЛ.

В 1-Б и 2-Б подгруппе пациентов было отмечено превалирующее повышение уровня противовоспалительных цитокинов, особенно цитокина IL-10, по сравнению с подгруппами 1-А, 2-А и 3-группой. Уровень цитокинов IL-4, IL-6, IL-8 тоже был значительно выше, чем в 3-группой больных с изолированным ХОБЛ, что системная воспалительная реакция у коморбидных ХОБЛ больных с острым и хроническим риносинуситами, соответствовала средней степени тяжести.

В динамике у больных ОРС коморбидностью с ХОБЛ на фоне проведенной сорбционно-антиоксидантной терапии в комплексе стандартного лечения на 7-сутки отмечалась достоверная снижения уровни цитокинового профиля в Б-подгруппе: IL-4 – в 4,6 раза, IL-6 – в 3 раза, IL-8 – в 2,8 раза и IL-10 – в 4 раза. А на этом сроке в группе сравнения (3-группа) больных с ХОБЛ без риносинуситов у которых проведена стандартная терапия уровень этих показателей еще оставались высоким (IL-4 снижен до $11,27 \pm 2,6$ пг/мл, IL-6 снижен до $11,34 \pm 1,7$ пг/мл, IL-8 до $14,22 \pm 1,4$ пг/мл и IL-10 до $16,28 \pm 2,3$ пг/мл), что свидетельствует о продолжающемся системного воспалительного процесса и интоксикации эндогенного характера в организме. Уровень цитокинов во всех исследуемых подгруппах имели значительный разброс, тогда как преобладание противовоспалительного звена имело четкую направленность.

Выводы. Таким образом, цитокиновый статус при риносинуситах коморбидностью с ХОБЛ обусловлен развитием системного воспаления с повышением активности противовоспалительных цитокинов (IL-4 – в 4,6 раза, IL-6 – в 3 раза, IL-8 – в 2,8 раза и IL-10 – в 4 раза) в крови. Сравнительный анализ полученных результатов определил наиболее значимые отличия в отношении IL-10. Поэтому, для анализа степени активности воспалительного процесса при остром и хроническом риносинуситах коморбидностью с ХОБЛ была использована величина соотношения уровней этих цитокинов. Поскольку именно соотношение уровней цитокинов наиболее полно отражают активность воспалительного процесса и могут быть использованы в качестве критериев определения степени тяжести воспаления при данной категории больных.



СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ РИНОСИНУСИТАХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

1Салияхунова Х.О., 2Шайхова Х.Э., 1Усманова Н.А. 1.

**Андижанский государственный медицинский институт. Андижан, Узбекистан. 2.
Ташкентская медицинская академия,**

Цель исследования. Оценка синдрома эндогенной интоксикации (ЭИ) при риносинуситах с коморбидностью хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы исследования. Работа выполнена по плану научных исследований Андижанского государственного медицинского института на клинической базе кафедры оториноларингологии за период с 2020 по 2023 гг. В соответствии с критериями включения/исключения, на первом этапе по изучению частоты встречаемости из 178 больных с риносинуситами у 64 (36%) пациентов выявили ХОБЛ. Частота ХОБЛ у больных с острым риносинуситом (ОРС) составил 13,5% - 24 больных, а у 40 больных с хроническим риносинуситом (ХРС) – 22,5%. Для дальнейшего изучения характера коморбидности ХОБЛ и эндотоксикоза у больных с риносинуситами нами было выделено 2 исследуемые группы и одна группа из отделения пульмонологии клиники института с изолированным ХОБЛ для сравнительного анализа. 1-группа: 24 (25,5%) больных острым риносинуситом с ХОБЛ; 2-группа: 40 (42,6%) больных хроническим риносинуситом с ХОБЛ; 3-группа: 30 (31,9%) больных с ХОБЛ.

В зависимости от способов лечения и борьбы с ЭИ все исследуемые группы разделены на следующие подгруппы: 1-группу разделили на А и Б подгруппу по 12 (12,76%) больным, у которых в А-подгруппе проводили стандартную терапию, а в Б-подгруппе в комплекс стандартных лечебных мероприятий включали сорбционно-антиоксидантную терапию. Вторую группу (больные ХРС с ХОБЛ) тоже разделили на А и Б подгрупп по 20 (21,28%) больных и в этих подгруппах тоже проводили стандартное и сорбционно-антиоксидантное лечения. Состояние больных, биохимические показатели крови и уровень ЭИ, результаты динамической оценки лечения сравнивали с контрольной группой (3-группа, n=30) больных с изолированной ХОБЛ. Во всех трех исследуемых группах проведенные основные клиничко-функциональные, инструментальные, лабораторные обследования и лечения согласно рекомендациям, GOLD 2020, EPOS 2020 и утвержденному протоколу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Большой интерес представляет динамика показателей ЭИ организма у больных риносинуситами с коморбидностью ХОБЛ. При поступлении больных в стационар количество лейкоцитов у больных ОРС с ХОБЛ было в пределах $12,26 \pm 0,87 \times 10^9/\text{л}$. Под влиянием проведенного комплексного лечения с применением сорбционно-антиоксидантной терапии количество лейкоцитов на 3 сутки лечения снизилось на 39,9% и было достоверно ниже исходного уровня ($p < 0,05$). Это в 1,7 раза меньше, чем при поступлении ($p < 0,05$), и в 1,5 раза, чем при 1-А подгруппы, которое проводилось стандартная лечебная тактика



($p < 0,05$). У больных ХРС с коморбидностью ХОБЛ достоверное снижения лейкоцитоза у которых проводилась стандартная терапия отмечено на 7-сутки, а у больных 2-Б подгруппы уже на 3-сутки комплексного лечения достиг нормальных значений. В 3-группе больных динамика снижения количество лейкоцитов протекало более медленно, что достиг нормальных значений только 7 сутки стационарного лечения - $8,57 \pm 0,74 \times 10^9/\text{л}$.

У больных 1-Б подгруппы ЛИИ до начала лечения достигал в среднем $6,78 \pm 0,79$ у.е., что свидетельствует о тяжелой ЭИ. На 3 сутки лечебного процесса уровень этого показателя снизилось на 46,1% ($p < 0,05$). Достоверное снижение этого показателя относительно исходных данных в 2-Б подгруппе больных с ХРС, тоже наблюдалось на 3 сутки лечения (на 63,4%), но было выше нормального показателя. Нормализация ЛИИ у больных 2-А подгруппы отмечалось на 7 сутки лечения - $1,28 \pm 0,23$ у.е., что в 4,5 раза меньше, чем при поступлении.

Улучшения общего состояния больных и снижения интоксикации организма соответствовала и динамика индекса эндогенной интоксикации. В результате комплексной сочетанной терапии уровень ИЭИ в 1-Б подгруппе больных уже на 3 сутки лечения повышалось в 1,4 раза, что достоверно отличалось от исходных данных и было в 1,1 раза больше, чем в 3-группе ($p < 0,05$). ИЭИ стабильно нормализовался в 2-Б подгруппе на 3 сутки лечения и достиг $10,21 \pm 0,22$ у.е., когда при стандартном лечении к этому сроку оставался низким - $9,24 \pm 0,48$ у.е. Это еще раз подтверждает то, что применение сорбционно-антиоксидантной терапии эффективно воздействуя на воспалительный процесс и устраняя интоксикации, значительно повышает эффективность детоксикационной терапии.

Применение предложенного способа терапии в комплексе стандартного лечения способствовало значительному улучшению эффективности детоксикационной терапии, о чем свидетельствует динамика МСМ. Достоверное снижение уровня МСМ у больных ОРС с ХОБЛ отмечался на 3 сутки сочетанной терапии на 45%, а на 7 сутки эта разница составила 57,1% и уровень МСМ почти достиг нормального показателя - $0,243 \pm 0,007$ у.е. Достоверное снижение уровня МСМ во 2-Б подгруппе отмечено тоже на 3 сутки сочетанной терапии на 49,2%, а в 3-группе у больных с ХОБЛ только перед выпиской.

На фоне недостаточной детоксикации, показателем дезорганизации систем неспецифической резистентности организма является определение уровня ЦИК. Воспаление всегда сопровождается повышением уровня ЦИК, а динамика этого показателя в ходе патологического процесса, в свою очередь детерминировано функциональной активностью и состоянием иммунного статуса больных. Значительное повышение содержания ЦИК у больных риносинуситами свидетельствует не только о выраженном повреждении собственных тканей, но и несостоятельности функций органов и систем, ответственных за полноценность иммунного ответа. Поэтому, включение в комплекс лечебных мероприятий сорбционно-антиоксидантной терапии позволило более быстрой детоксикации организма, устранить вторичный иммунодефицит. Это подтверждает и динамика ЦИК. Достоверное снижение этого показателя у больных ОРС с ХОБЛ на фоне стандартного лечения с применением сорбционно-антиоксидантной терапии отмечалось на 3 сутки лечения, когда содержание ЦИК уменьшилось до $7,14 \pm 0,31$



у.е., что в 1,4 раза меньше, чем при поступлении ($p < 0,05$). На 7 сутки лечебного периода эта разница составила 45,9%, а у больных 2-Б подгруппе – 54%.

Полученные результаты исследования показали, что уровень ЦИК в крови статистически значимо повышается в условиях эндотоксикоза организма, а анализ динамики уровня этого показателя в процессе проводимой терапии доказал патогенетическую обоснованность и высокую эффективность включения сорбционно-антиоксидантной терапии в программу стандартной терапии для коррекции ЭИ и синдрома перекисидации у больных острым и хроническим риносинуситом с коморбидностью ХОБЛ.

Вывод. Эндотоксикоз при риносинуситах с коморбидностью ХОБЛ обусловлен развитием системного воспаления с повышением уровня маркеров эндогенной интоксикации (ЛИИ – повышен в 6,7 раза; ИЭИ – снижен в 2,4 раза; МСМ – повышен в 2,6 раза, ЦИК повышен – 2,5 раза), снижением детоксикационной и антиоксидантной функции печени, что в свою очередь приводит к повышению риска развития полиорганной дисфункции, а коморбидность ХОБЛ усугубляет последней.

ВГС: ОСОБЕННОСТИ И КОВАРСТВО

Самадов Баходиржон Шарипович¹ Темирова Малика Ихтияровна²

**Ассистент кафедры Фармакологии Бухарского государственного медицинского
института имени Абу Али ибн Сино Студентка 4-курса Медицинского
факультета**

Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино

Вступление. Вирус гепатита С (HCV) - это РНК-содержащий вирус, относящийся к семейству Flaviviridae рода Hecarivirus, было идентифицировано шесть генотипов и более восьмидесяти подтипов. Географическая распространенность генотипов ВГС: в странах Северной Америки и Европы – генотипы 1a, 1b; Африка - 4; Япония - 1b, 2a, 2b; в Гонконге - 6. Генотип 1b имеет общее распространение, 1a называется "западным генотипом", 2a - "восточным генотипом". ВГС - это вирус, передающийся через кровь, которым чаще всего заражаются через контакт с кровью, небезопасные инъекции и медицинская практика, переливание крови без проверки, употребление инъекционных наркотиков и половые сношения, связанные с контактом с кровью. Самые высокие показатели инфицирования ВГС наблюдаются в экономически развитых странах. Более 10% всего населения инфицировано ВГС во всем мире. Вирус может вызывать как острый (20-40% всех случаев острого гепатита), так и хронический гепатит (около 30-50% случаев), который может протекать в легкой форме или приводить к тяжелому пожизненному заболеванию, заканчивающемуся в 10-15% случаев развитием фиброза печени, цирроза печени и (или) гепатоцеллюлярной карциномы. Общее число людей инфицированных хроническим гепатитом С в мире составляет около 158 миллионов человек, при этом ежегодно происходит около 1,5 миллионов новых случаев инфицирования. По оценкам, 3,2 миллиона детей и подростков болеют хроническим гепатитом С. По оценкам ВОЗ, примерно 290 000 человек умерли от гепатита С в 2019 году, главным образом в результате цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (первичный



рак печени); около 2,3 миллиона человек (6,2%) из примерно 37,7 миллиона человек, живущих с ВИЧ, имеют серологические признаки текущей или перенесенной инфекции ВГС. Хронические заболевания печени являются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ. Материалы и методы. Анализ современных научных исследований и литературных источников в области вирусологии, медицинской микробиологии, патофизиологии и инфекционных заболеваний.

Результаты и их обсуждение. Вирус гепатита С имеет многочисленные взаимодействия с иммунной системой, вызывая широкий спектр заболеваний предположительно аутоиммунного происхождения, таких как смешанная криоглобулинемия, гломерулонефрит, артрит, тиреоидит и кожные поражения. С другой стороны, при развитии гепатита С наблюдается большое количество аутоантител. Особый интерес представляют печеночно-почечные микросомальные антитела, появление которых указывает на рискованное лечение интерферонами. Эти антитела при хроническом гепатите С и аутоиммунном гепатите реагируют на различные антигены. Антитела, ассоциированные с гепатитом С, более гетерогенны, чем при аутоиммунном гепатите, поскольку они могут различать либо структурные, либо линейные аутоэпитопы на цитохроме P450IID6 (который имеет значительное сходство с белком вируса простого герпеса I типа (IE175)), кроме того, они способны вступать в реакцию с другими микросомальными белками. Морфологической особенностью гепатита С у детей является большая выраженность цирротических изменений по сравнению с хроническим гепатитом другой этиологии. Гистохимические признаки цирроза при ХГВ были выявлены у 8,9%, при ИБС — у 49,9%, а при ХГС - у 73%. При ХГС были обнаружены необычные изменения: полная дискompенсация паренхимы вследствие к зонам и перегородкам разного размера, а также к интенсивной воспалительной инфильтрации. По объему некротического компонента и агрессивность инфильтрат при биопсии печени можно выделить два типа хронического активного гепатита С: умеренную и высокую активность (69%). Изучение патогенеза гепатита С заслуживает особого внимания. ВГС - это вирус, обладающий наибольшим потенциалом хронизации. Частота хронической патологии печени, вызванной ВГС, в 10 раз выше, чем при ВГВ. То персистенция ВГС - вируса - "мягкого убийцы" - продолжается десятилетиями как медленная, "ленивая" инфекция с угрожающим исходом. Существует несколько потенциальных механизмов уклонения вируса от иммунного надзора. В жизненном цикле ВГС отсутствует матричная и промежуточная ДНК. При хроническом ВГС, в отличие от хронического ВГВ, изначально не возникают интегративные формы. Способность ингибировать IFN у ВГС значительно меньше - это одна из причин недостаточной эффективности лечения ВГС по сравнению с ВГВ. Важный механизм действия вируса персистенция - это его изменчивость с образованием мутантных штаммов, которые "уклоняются" от иммунного надзора. Изменчивость вируса гепатита С постоянна, наиболее лабильные поверхностные антигены (короткий сегмент E2/NS1) являются основной мишенью иммунной атаки. Гипервариабельность с очень высокой частотой мутаций характерна для генотипа. Хронический ВГС характеризуется: незаметным, медленно прогрессирующим течением и высокой частотой хронизации (у 70-80% пациентов); около 15% инфицированных ВГС имеют спонтанное выздоровление; у



25% пациентов заболевание протекает бессимптомно с нормальным уровнем аминотрансфераз и незначительными гистологическими изменениями; у 20% пациентов цирроз развивается в течение 10-20 лет. Основной особенностью HCV-инфекции является способность к длительной персистенции в организме и значительное количество внепеченочных проявлений заболевания. Для развития цирроза печени важны следующие факторы: возраст (у пожилых он прогрессирует быстрее, у молодых медленнее); алкоголизм (алкоголь является фактором трансформации хронического ВГС в цирроз); сопутствующая инфекция с ВИЧ, ВГВ. При наличии гепатита без цирроза в 4% случаев, а при циррозе печени в 12% происходит трансформация в опухолевый процесс. Пациенты с циррозом печени нуждаются в регулярном ультразвуковом мониторинге, определении уровня α -фетопротеина.

Выводы. Все эти особенности патогенеза чрезвычайно важно учитывать при лечении хронического гепатита С. Основной задачей противовирусной терапии на различных этапах является элиминация вируса, что позволяет предотвратить развитие цирроза печени и декомпенсацию развившегося цирроз, для предотвращения развития ГЦК и В-клеточной лимфомы. Критерием достижения основной цели противовирусной терапии является формирование устойчивого вирусологического ответа - авиремии в течение 6 месяцев после окончания лечения. Сегодня уже разработаны методы прогнозирования ответа на терапию, основанные на изучении вирусной кинетики на ранней стадии лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТОКСОПЛАЗМНОМ ХОРИОРЕТИНИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Саматов м.у., Джамалова Ш.А., Каримова М.Х., Юсупов А.Ф.
**Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр микрохирургии глаза**

Актуальность: *Toxoplasma gondii* — повсеместно распространенный паразит человека, который является ведущей инфекционной причиной заднего увеита во всем мире [1]. Токсоплазмозный хориоретинит представляет собой некротический ретинит, который может иметь рецидивирующее течение. Острые эпизоды обычно вызывают инъекцию конъюнктивы, светобоязнь, появление мушек и различное снижение зрения; они обычно разрешаются через 6–8 недель, оставляя заживший хориоретинальный рубец [2,3]. Хронические осложнения включают стойкие помутнения стекловидного тела, эпиретинальную мембрану и кистозный макулярный отек и могут привести к ухудшению зрения. Необратимая потеря зрения может возникнуть, если поражения затрагивают макулу или диск зрительного нерва.

Цель исследования: оценить эффективность лечения пациента с токсоплазмозным хориоретинитом при помощи комбинированного использования антибиотиков группы макролидов и тетрациклинового ряда

Материал и методы исследования: Пациент И. 1981 года 12.01.2024 года обратился в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр микрохирургии глаза (РСНПМЦМГ) с жалобами на сниженное



зрение левого глаза в течение недели. Пациенту выполнена визометрия, авторефрактометрия, бесконтактная тонометрия, биомикроофтальмоскопия, а также оптическая когерентная томография (ОКТ). Из лабораторных исследований проведено определение IgG и IgM на токсоплазмоз в 1 мл сыворотки крови. Пациенту был назначен курс лечения препаратами Дорамицин (3000000 МЕ) по 1 таб. 1 раз в день и Доксициклин 100 мг по 1 капсуле 1 раз в день. Оба препарата принимались в течение месяца.

Результаты исследования: начальная острота зрения пациента была равной 0.3 н/к, внутриглазное давление (ВГД) 13.0 мм.рт.ст. Иммуноферментный анализ (ИФА) показал повышенный титр антител на IgM (1.4 ИА), а также на IgG (13.0 МЕ/мл). При обследовании пациента передний сегмент левого глаза был интактным. При биомикроофтальмоскопии в парамакулярной области обнаружили серовато-желтый очаг с размером в 3 диаметра диска зрительного нерва (ДДЗН) с нечеткими контурами, в области фовеа отек, отсутствие фовеолярного рефлекса. На ОКТ снимке левого глаза в фовеа определяется отслойка нейроэпителия и наличие субретинальной жидкости с высотой отслойки 283 мкм, юкстафовеолярно отек с увеличением толщины макулы до 370 мкм. Правый глаз пациента без изменений. После 1 месяца антибактериального лечения и консультации инфекциониста острота зрения увеличилась до 0.7 н/к, ВГД составило 14 мм.рт.ст. Титр антител при ИФА заметно снизился и составил IgM (0.9 ИА) и IgG (11.0 МЕ/мл). При биомикроофтальмоскопии уменьшение воспалительного фокуса до 1 ДДЗН, по данным ОКТ наблюдалась полная резорбция субретинальной жидкости, уменьшение толщины макулы в юкстафовеолярном отделе до 250 мкм.

Выводы: Комбинированное лечение токсоплазмозного хориоретинита при помощи антибактериальных препаратов является эффективным и безопасным. Для успешности лечения консультация инфекциониста является обязательным критерием.

Список литературы:

1. Chaichan P, Mercier A, Galal L, Mahittikorn A, Arie F, Morand S, Boumédiène F, Udonsom R, Hamidovic A, Murat JB, Sukthana Y, Dardé ML. Geographical distribution of *Toxoplasma gondii* genotypes in Asia: A link with neighboring continents. *Infect Genet Evol.* 2017 Sep; 53:227-238. [PubMed]
2. Maenz M, Schlüter D, Liesenfeld O, Schares G, Gross U, Pleyer U. Ocular toxoplasmosis past, present and new aspects of an old disease. *Prog Retin Eye Res.* 2014 Mar; 39:77-106.
3. Kijlstra A, Petersen E. Epidemiology, pathophysiology, and the future of ocular toxoplasmosis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2014 Apr; 22(2):138-47.



ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

Самижонова С.У. ¹, Ёкубова К.Т. ²

Ташкентский педиатрический медицинский институт ¹

.Ташкентская медицинская академия ²

Актуальность. Несмотря на длительную взаимосвязь между ожирением и бесплодием, точные механизмы этой связи всё ещё не ясны. Доказано, что риск бесплодия в три раза выше у женщин, имеющих ожирение, чем у женщин с нормальной массой тела. Это связано с нарушениями менструального цикла, ановуляцией, выкидышами, неблагоприятными исходами беременности и может привести к трудностям вспомогательных репродуктивных технологий. В настоящее время исследования потенциально новых гормонов позволяют понять механизм влияния ожирения на репродуктивную функцию женщин и улучшить тактику ведения больных.

Цель исследования: изучить основные показатели овариального резерва у женщин фертильного возраста, страдающих ожирением.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 55 женщин репродуктивного возраста с ожирением 1 и 2 степени. Оценивали возраст, индекс массы тела, гормональный статус, углеводный обмен, основные показатели овариального резерва и неогормоны. Средний возраст у пациенток с ожирением составил $30,8 \pm 5,9$. Были определены исходные уровни гормонов фоллистатина, лептина и релаксина.

Результаты исследования: По данным результатов исследования у 35 женщин (64%) было ожирение 1 степени ($30-34,9$ кг/м²) и у 20 женщин (36%) – ожирение 2 степени ($35-39,9$ кг/м²). В результате исследования по всей когорте больных отмечалась достоверная корреляция средней силы связи между показателями инсулина с фоллистатином ($r=0,525$, $p<<0,0001$), также продемонстрирована слабая корреляционная сила связи инсулина с релаксином ($r=-0,278$, $p<0,04$). Достоверная средняя корреляционная сила связи была между лептином и индексом массы тела ($r=-0,466$, $p<0,0001$), лептином и фоллистатином ($r=0,503$, $p<0,0001$). Среди пациентов с ожирением 2 степени наблюдалась достоверная корреляционная связь между фоллистатином и релаксином ($p<0,002$).

Вывод: на основании данного исследования у женщин с ожирением 2 степени определение концентрации неогормонов таких как фоллистатин, релаксин и лептин являются потенциальными маркерами овариального резерва.



ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Санакулов А.Б.

Самаркандский государственный медицинский Университет

Актуальность. На распространённость бронхиальной астмы существенно влияют критерии её диагностики и методика изучения. Большинство статистических данных базируется на показателях, полученных при обращении пациентов в лечебные учреждения. Однако эти результаты не соответствуют истинной распространённости заболевания в связи с поздней диагностикой, особенно на ранних стадиях и в лёгких случаях болезни, ибо в официальной статистике фигурируют преимущественно среднетяжёлые и тяжёлые формы бронхиальной астмы с частыми приступами. В настоящее время выделяют ещё одну группу признаков, наследование которых приводит к развитию бронхиальной астмы - предрасположенность к повышенному синтезу определённых цитокинов. В частности картированы гены, контролирующие продукцию цитокинов: 5q 31.1 - ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-9, ИЛ-13, ГМ-КСФ (стимулируют продукцию иммуноглобулина Е, функции тучных клеток, базофилов, эозинофилов); 6q 21.3 - ФИО -а (плейотропный воспалительный цитокин); 12q 14, 24-33 - ИФН-γ (ингибитор Th2-лимфоцитов). При этом ИЛ-4 играет существенную роль в атопическом иммунном ответе как за счёт переключения клеточного ответа в сторону Th2-подобных клеток, так и путём влияния на индукцию выработки иммуноглобулина Е В-лимфоцитами. Это позволяет отнести ген ИЛ-4 или гены факторов, регулирующих его экспрессию, к числу генов - «кандидатов», ответственных за развитие предрасположенности к атопии и бронхиальной астме. Цель: Изучение основных показателей гуморального и клеточного иммунитета, уровня цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-2, ФИО-а) в сыворотке крови и полиморфизма генов цитокинов (С-590Т IL-4, С - 597А IL10 и Т-330G IL2, G-308А TNFA) у детей с атопической бронхиальной астмой (АБА) с различным уровнем контроля над заболеванием.

Материалы и методы исследования: Обследовано 29 детей с контролируемой АБА (КАБА) и 21 с неконтролируемой АБА (НАБА). Контрольная группа - условно здоровые дети (п = 25). Все обследованные – по национальности узбеки в трех поколениях. Диагноз, тяжесть и уровень контроля заболевания были определены в соответствии с GINA. Субпопуляции клеток иммунной системы в крови определяли с помощью проточной цитометрии. Уровень цитокинов в сыворотке крови измеряли с помощью ELISA-2014. Генотипирование однонуклеотидных полиморфизмов проводили с помощью ПЦР и анализа длины рестриктных фрагментов с последующей детекцией в агарозном геле. Частота генотипов были протестированы на отклонение от Харди - Вайнберга (HWE) по точному критерию Фишера.

Результаты: Показаны достоверные различия сывороточного уровня ФИО-а, ИЛ-4, IgE и относительного количества CD8⁺ (повышены), в то время как уровень CD3⁺ клеток и относительное количество CD4⁺ снижены у больных детей с НАБА по сравнению с КАБА (р < 0,05). В группе КАБА наблюдалась более низкая



концентрация ИЛ-10 в сыворотке, которая ассоциирована с наличием аллельного варианта IL10 A-597. Показана ассоциация аллельного варианта IL-4 T-590 с НАБА.

Вывод: Уровень ФНО-а, ИЛ-4, IgE и CD3+, CD4+, CD8+ клеток идентифицированы в качестве маркеров неконтролируемого течения АБА у детей. Полиморфизмы промоторных регионов генов IL-4, IL10, IL2, TNFa ассоциированы с аллергическим воспалением и могут рассматриваться в качестве кандидатных маркеров неконтролируемого течения АБА.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЭДЕМ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Сахибова М.Ж.

**Самаркандский государственный медицинский Университет
Андижанский государственный медицинский институт Самарканд.**

Актуальность проблемы. Атопический дерматит (АД) занимает ведущее место в структуре аллергических заболеваний и потому остается актуальной проблемой современной медицины. АД является хроническим аллергическим лихенифицирующим воспалением кожи, возникающим в результате готовности иммунной системы к развитию аллергической реакции, сопровождается кожным зудом и частым инфицированием.

Цель исследования. Исследовать клинико-лабораторные показатели и состояние иммунологической реактивности, иммуномодулирующий и противорецидивный эффекты «Эдем» у детей с младенческой формой атопического дерматита.

Задачи исследования. Сопоставить клинико-иммунологические показатели у группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию, и у группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с «Эдем».

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в период с 2016 по 2018 г. находилось 62 ребёнка (24 мальчика и 38 девочек) в возрасте 12-15 лет со среднетяжёлым течением атопического дерматита (АД). Первая группа больных атопическим дерматитом (31 пациент) получала комплексную общепринятую терапию, вторая группа больных атопическим дерматитом (31 пациент) – комплексное лечение в сочетании с «Эдем». У наблюдаемых детей подросткового возраста с атопическим дерматитом изучали данные анамнеза и общеклинические показатели, проводили клинико-лабораторные и иммунологические исследования. Обследование больных атопическим дерматитом и все лечебные мероприятия осуществляли с письменного согласия самих пациентов и их родителей.

Результаты исследования. В периоде клинической ремиссии у первой группы больных атопическим дерматитом, получавших комплексную общепринятую терапию констатировалось повышение уровней иммуноглобулина G ($p<0,001$), иммуноглобулина M ($p<0,001$), общего иммуноглобулина при отсутствии достоверных сдвигов уровня иммуноглобулина A в сыворотке крови У больных атопическим дерматитом, получавших комплексное лечение в сочетании с препаратом «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечалось повышение

уровней иммуноглобулина G ($p < 0,001$) и иммуноглобулина M ($p < 0,02$) при отсутствии статистически достоверных изменений уровней иммуноглобулинов A и E, циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови. На основании результатов исследований можно сделать заключение о диагностической значимости изучения параметров иммунологической реактивности при тяжёлом течении атопического дерматита у детей раннего возраста и обосновать целесообразность включения «Эдем» в комплексное лечение больных. У больных младенческой формой атопического дерматита, получавших комплексное лечение в сочетании с «Эдем», в периоде клинической ремиссии отмечается нормализация большинства параметров иммунологической реактивности.

Выводы. Проведение больным младенческой формой атопического дерматита комплексного лечения в сочетании с двумя курсами «Эдем» с интервалом между ними в три месяца обеспечивает наступление полной клинической ремиссии, продолжительность которой превышает в семь раз продолжительность клинической ремиссии у больных младенческой формой атопического дерматита, получавших только комплексную общепринятую терапию.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ПРИЖИВЛЕНИЯ НОВОГО СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА С КОМПОЗИТНЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ

Сапаев Д.Ш.1, Садиков Р.А.2, Якубов Ф.Р.1, Хайитбоева К.Х.1
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика
Узбекистан, г. Ургенч1 ГУ «Республиканский специализированный научно-
практический медицинский центр хирургии имени В.Вахидова»,
Республика Узбекистан, г. Ташкент2

Целью исследования является улучшение результатов аллогерниопластики при послеоперационных вентральных грыжах путем разработки нового отечественного сетчатого имплантата.

Материалы и методы исследования. В клинические исследования включено 239 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Все пациенты были разделены на две группы: основная группа – 97 пациентов, которым при аллогерниопластике применялся новый отечественный сетчатый имплантат. В группу сравнения включено 142 пациента, у которых аллогерниопластика выполнялась с применением традиционных протезов (Эсфил, Пролен). В группе сравнения восстановительная пластика с фиксацией сетки Onlay произведена 85 пациентам, в основной группе 48, реконструктивно-восстановительная пластика с фиксацией сетки Onlay была выполнена у 14 и 12 пациентов соответственно; корригирующая пластика произведена у 43 и 37 пациентов.

Большинство пациентов (более 75%) было в возрасте от 31 до 60 лет, при этом женщин было в группе сравнения 66,9%, в основной группе 66%, мужчин 33,1% и 34% соответственно. Согласно распределению пациентов по классификации Тоскина и Жебровского к средним размерам грыжи было отнесено 22,5% пациентов в группе



сравнения и 18,6% в основной группе, к обширным грыжам – 50,7% и 51,5% соответственно, к гигантским – 26,8% и 29,9% больных.

Результаты. Первые клинические испытания нового отечественного сетчатого имплантата с композитным покрытием «Нипроцел» показали полное соответствие результатам экспериментального исследования. По заявленным свойствам сетчатого протеза отмечено повышение качества его приживления со снижением частоты развития специфических протезных осложнений. Доказаны гемостатические свойства композитного покрытия, которые проявились нивелированием риска формирования раневой гематомы (2,1% в группе сравнения). Другим важным свойством имплантата явилось снижение реакции окружающих тканей на инородное тело (сетчатый протез) за счет композитного покрытия, что в совокупности с гемостатическим и соответственно лимфостатическим эффектом, обеспечивало уменьшение риска экссудативных проявлений со стороны раны (2,8% в группе сравнения) и формирования сером с 30,3% до 11,3%, а также развития воспалительного инфильтрата в подкожно-жировом слое с 10,6% до 4,1%. Данные свойства позволили снизить общую частоту развития локальных раневых осложнений в ранний период после аллогерниопластики с 34,5% до 13,4% ($\chi^2=13,362$; Df=1; $p<0,001$). В свою очередь в отношении клинической значимости серозных скоплений в ране, разработанный отечественный сетчатый имплантат позволил не только сократить риск их формирования, но и обеспечил снижение необходимости в проведении дополнительных манипуляций (в большинстве случаев неоднократных) для их эвакуации с 16,2% до 3,1%, соответственно частота сером, разрешившихся самостоятельно составила 14,1% в группе сравнения и 8,2% в основной группе, что в совокупности с долей пациентов без сером (69,7% и 88,7%) позволило существенно улучшить ближайшие результаты аллогерниопластики за счет применения предложенного сетчатого протеза ($\chi^2=13,445$; Df=2; $p=0,002$).

При восстановительной или реконструктивно-восстановительной пластике с фиксацией сетчатого протеза в позиции Onlay применение разработанного имплантата с композитным покрытием позволило сократить общую частоту раневых осложнений с 40,4% до 18,3% ($\chi^2=8,353$; Df=1; $p=0,004$), включая нивелирование таких проявлений как экссудация из раны (3,0% в группе сравнения), гематомы, расхождение краев раны и нагноение (по 2,0% в группе сравнения), а также снижение частоты формирования раневого инфильтрата с 13,1% до 5,0% и серозных скоплений с 36,4% до 16,7%, среди которых серомы, требующие эвакуации в группе сравнения составили 20,2% и только 5,0% случаев в основной группе, а в 16,2% и 11,7% случаев данное осложнение разрешалось самостоятельно ($\chi^2=8,530$; Df=2; $p=0,015$).

Закключение. Усовершенствованный способ корригирующей аллогерниопластики за счет применения нового отечественного имплантата «Нипроцел» и дополнительных технических моментов по снижению риска развития реакции на инородное тело, позволил сократить частоту развития протезных осложнений в ближайший период с 20,9% до 5,4% ($\chi^2=4,042$; Df=1; $p=0,045$), в структуре которых достигнуто снижение доли формирования сером с 16,3% до 2,7% ($\chi^2=4,073$; Df=1; $p=0,044$), при этом если в группе сравнения в 7,0% случаев возникала необходимость в эвакуации этих скоплений, то в основной группе объемы серомы не требовали проведения дополнительных манипуляций.

ПРОФИЛАКТИКА ЭПИДУРАЛЬНОГО ФИБРОЗА.

Сарибоев О.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Как известно, боль в поясничной области занимает одно из лидирующих мест среди причин обращения к врачу. Наиболее частыми причинами являются грыжи межпозвонковых дисков, компрессирующие нервные корешки. Одним из эффективных методов лечения в данной ситуации является хирургическое удаление грыжи межпозвонокового диска. Но и при этом возможен рецидив болевого синдрома в послеоперационном периоде – так называемый «синдром неудачно оперированного позвоночника», одной из причин которого считается развитие эпидурального фиброза, интраоперационная профилактика которого является одной из актуальнейших задач современной вертебрологии.

Цель метода заключается в снижении частоты рецидива болевого синдрома у пациентов, перенесших дискэктомию.

Материал и методы исследования. Как известно, развитие рубцово-спаечного процесса в эпидуральном пространстве зависит от двух факторов – наличия гематомы в эпидуральном пространстве и попадания из травмированных в ходе оперативного вмешательства окружающих соответствующий позвонок мышц фибробластов. Аутожиром мы создаем искусственный биобарьер без применения инородных для организма материалов, что предотвращает попадание фибробластов в эпидуральное пространство и развитие там рубцово-спаечных процессов, а Лидаза, нанесенная на аутожир, ускоряет регенерацию окружающих тканей, в частности мышц и к моменту рассасывания аутожира образование свободных фибробластов в прекращается.

Данная методика интраоперационной профилактики рубцово-спаечного процесса в эпидуральном пространстве применена у 68 пациентов, которым проводилась дискэктомия.

Результаты. В ближайшем и отдаленном катамнезе всем пациентам проводилась контрольная МРТ. Ни у кого из обследованных пациентов в катамнезе не визуализировался эпидуральный фиброз. У одного пациента наблюдалось повторение болевого синдрома, связанное с рецидивом межпозвонковой грыжи диска.

Вывод. Предложенная методика интраоперационной профилактики эпидурального фиброза является эффективным способом предотвращения рецидива болевого синдрома, связанного с рубцово-спаечными осложнениями дискэктомии.

**АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОГО РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ В
СТУДЕНТОВ 2,3 КУРСОВ КГМА ИМ.
И.К. АХУНБАЕВАПРОХОДЯЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ.**

Слоев О.Л., Апилова Б.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева.

Цель исследования. Выяснить возможный риск заражения гепатитом В среди студентов 2,3х курсов КГМА, проходящих практику помощника медицинской сестры в различных медицинских учреждениях г. Бишкек и определить на базе каких отделений медицинских учреждений больше риска.

Материал и методы исследования. Материалом служили данные анкет, заполненных методом социального опроса студентов во время прохождения практики. В опросе приняли участие 635 человек, из них 341 студент в Бишкеке. Также, проведен анализ студентов, направленных в различные отделения больниц. Дополнительно были собраны данные с Медицинского центра КГМА по заболеваемости гепатитом В в период с 2018 по 2023 г.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Excel.

Результаты исследования. Во время прохождения практики выполняются следующие манипуляции: в/в, в/м, п/к инъекции; взятие крови на лабораторный анализ; катетеризация мочевого пузыря; взятие мазков и мочи на анализ и т.д. студенты относятся к группе риска инфицирования гепатитом В.

Из 635 опрошенных студентов (333 студентов -3- курса, 302-второго), проходили практику на разных базах, из них только 42 (6,6 %) получали повторную вакцину от гепатита В. Студенты и ревакцинированные в г.Бишкек (341 человек) распределены по больницам следующим образом: 1)пропедевтика внутренних болезней с курсом эндокринологии-37 студентов (из них 3 - 8.1% были вакцинированы); 2) вотделении пропедевтической хирургии- 67 студентов (9-13.4%); 3) Центр онкологии и гематологии -50 студентов (из них 1 - 2%); 4) нейрохирургии додипломного и последипломного образования - 37 студентов(5 - 13,3%); 5) урологии и андрологии до- и последипломного образования - 25 (0); 6) травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии- 41 студент (5-12.1%);

7) анестезиологии и интенсивной терапии до и последипломного образования- 8 студентов (0); 8)госпитальная хирургия с курсом оперативной хирургии им. М.М. Мамакеева- 45 студентов (0); 9) неврология с курсом мед. генетики- 16 студентов (3-18.75%); 10) кафедра факультетской хирургии имени академика К.Р. Рыскуловой-15 студентов (3 -20%).

Данные о заболеваемости гепатитом В среди студентов, взятые с Медицинского центра КГМА, показали следующие результаты:

в 2018 г - 33 зараженных, с 2019 по 2021 гг -18, в 2022 г -12, в 2023 году 6 человек.

Выводы. Выяснилось, что большая часть студентов, проходящих практику, не были ревакцинированы. Высокий риск заражения можно предположить в отделениях хирургии, урологии и андрологии, травматологии и ортопедии, онкологии и

гематологии, анестезиологии и интенсивной терапии, где было больше контакта с биоматериалом, меньше риска в терапии и неврологии. Также, максимальное количество ревакцинированных студентов пришлось на отделение неврологии с курсом мед.генетики (25%), отсутствуют - в урологии и анестезиологии, минимальное – в отделении онкологии.

Самые высокие показатели заболеваемости гепатитом В в период с 2018-2023 год наблюдались в 2018 году-33 случая, а самый низкий показатель наблюдался в 2023 году - всего 6.

Уменьшение случаев заражения гепатитом В в 2023 году, нежели в период с 2019 по 2022 год, возможно связано с введением в Кыргызской Республике бесплатной вакцинации от гепатита В, начиная с 2022 года.

Следовательно, студенты 2,3-х курсов лечебного факультета КГМА, проходящие производственную практику в больницах, находятся в группе риска, т.к. титр антител с возрастом после 3-х кратной иммунизации на первом году жизни, снижается, что требует введения бустерской дозы, минимум через 5-7 лет после законченной вакцинации.

Из-за высокого риска инфицирования и развития тяжелых осложнений заболевания, перед практикой рекомендуется сдать анализы на титр антител к гепатиту В и ревакцинироваться при необходимости.

Обязательно надо проводить санитарно-просветительные работы среди студентов о важности вакцинации. Вакцинация против вирусного гепатита В является основным методом профилактики этой инфекции.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ЛОКУСОВ ГЕНА IL6 (C-174G) С РИСКОМ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Содилов С.Б., Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С.

**Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр, Ургенчский
филиал Ташкентской медицинской академии, Ташкентская медицинская
академия**

Цель исследования. Изучить ассоциацию полиморфных локусов гена IL6 (C-174G) с риском формирования хронических заболеваний печени.

Материал и методы исследования. Клиническим материалом явились 82 взрослых больных с ХЗП (основная группа), которые в зависимости от заболевания разделены на две группы: с хроническим гепатитом (n=38) и циррозом печени (n=38) с ОМЛ. В качестве контроля послужило 80 условно-здоровых лиц без заболеваний печени в анамнезе. Отбор больных производился в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре (г. Ургенч) в период с 2020 по 2023 гг. В исследованных группах осуществлялся анализ полиморфных локусов гена TGFb1 (Arg25Pro) методом стандартной ПЦР с применением программируемого термоциклера фирмы «Applied Biosystems» 2720 (США). Статистические анализы проводились с помощью пакета статистических программ «OpenEpi, Version 2.3».

Результаты исследования. Анализ распределения наблюдаемых (Ho) и ожидаемых (He) генотипических частот гена IL6 (C-174G) в группах больных и

здоровых, показал отсутствие их отклонений при равновесии Харди-Вайнберга (PXB) ($P>0.05$).

Различия выявленные в частотах полиморфных локусов гена IL6 (C-174G) в основной группе с ХЗП по отношению к контролю характеризовались наличием явной тенденции в увеличении частоты неблагоприятного аллеля С в 1.6 раза ($\chi^2=3.3$; $P=0.1$; $OR=1.6$; 95%CI: 0.97 – 2.54). Одновременно замечена не сильно выраженная тенденции к повышению частоты мутантного генотипа С/С среди больных с ХЗП по сравнению с контрольной его частотой в 2.0 раза ($\chi^2=1.9$; $P=0.2$; $OR=2.0$; 95%CI: 0.75 – 5.15). Между частотами гетерозиготы G/C в изученных группах статистически достоверного различия не обнаружено ($\chi^2<3.84$; $P>0.05$).

В группе больных с хроническим гепатитом по сравнению со здоровыми в частотах неблагоприятных аллеля С ($\chi^2=0.9$; $P=0.4$; $OR=1.3$; 95%CI: 0.73 – 2.47), генотипов G/C ($\chi^2=0.1$; $P=0.8$; $OR=1.1$; 95%CI: 0.5 – 2.6) и C/C ($\chi^2=0.5$; $P=0.5$; $OR=1.6$; 95%CI: 0.47 – 5.31) достоверно значимых отличий не установлено.

Однако в группе больных с циррозом печени по сравнению со здоровыми, установлено наличие достоверного повышение носительства неблагоприятным аллелем С в 1.8 раз ($\chi^2=4.0$; $P=0.05$; $OR=1.8$; 95%CI: 1.01 – 3.11). Более того в этой же группе больных наблюдалась явная тенденция к увеличению частоты мутантной гомозиготы C/C в 2.3 раза ($\chi^2=2.4$; $P=0.2$; $OR=2.3$; 95%CI: 0.8 – 6.75).

Вывод. Полиморфные локусы гена IL6 (C-174G) ассоциируются с повышенным риском развития цирроза печени и служат в качестве генетических предикторов утяжеления течения ХЗП.

ИЗУЧЕНИЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Солиев М.Б., Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Кадырова М.Н.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Усовершенствование результатов гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике. Обе группы были сопоставимы по всем основным показателям: пол, возраст, локализация и тяжесть течения гнойно-некротического процесса и т.д.

Распределение больных по локализации флегмоны на нижней конечности показало, что в группе сравнения было по 24 (42,1%) пациента с гнойно-некротическим процессом на бедре и голени, в остальных 9 (15,8%) случаев поражение было в коленной области. В основной группе было 22 (41,5%) пациента с флегмоной бедра, 8 (15,1%) в области голени и 23 (43,4%) на голени.

Мужчины существенно преобладали в группах и составили 73,7% (42 пациента) в группе сравнения и 69,8% (37 пациентов) в основной группе. Возраст больных был от 18 до 70 лет. В большинстве случаев пациенты были от 40 до 70 лет – 82,5% (47 пациентов) в группе сравнения и 81,1% (43 пациента) в основной группе.

Все пациенты при поступлении жаловались на наличие фебрильной температуры, общей интоксикации, покраснение и отек в месте гнойно-некротического процесса, а также размягчение инфильтрата с развитием гнойной полости. В группе сравнения 42 (73,7%) и 45 (84,9) в основной группе предъявляли жалобы на озноб, около 10% пациентов отмечали увеличение лимфатических узлов.

В зависимости от вида флегмоны распределение показало следующее. В группе сравнения у 21 (36,8%) пациента и в основной группе у 17 (32,1%) флегмона была гнойная, серозная у 6 (10,5%) и 4 (7,5%) пациентов соответственно, гнилостная у 7 (12,3%) и 7 (13,2%), некротическая у 13 (22,8%) и 16 (30,2%), анаэробная у 10 (17,5%) и 9 (17,0%) пациентов.

После короткого предоперационного курса обследования и подготовки все пациенты были оперированы. Было выполнено вскрытие гнойно-некротического очага, с некрэктомией, при этом как было сказано выше методика ведения ран отличалась в группах сравнения.

В обеих группах вскрытие и санация очага в техническом плане были идентичными. Отличия были в дополнении в основной группе методов физического воздействия на рану, то есть лазерного облучения и фотодинамического эффекта метиленовой сини.

Результаты исследования. Отдаленные результаты были прослежены у всех пациентов в сроки от 3 до 12 месяцев. Учитывались как непосредственные результаты, то есть заживление ран без развития рецидива, так и такие факторы как длительное заживление ран (более 4 недель), формирование грубого послеоперационного рубца, при этом отдельно выделен один пациент в группе сравнения, у которого формирование рубца привело к функциональному нарушению сустава. В группе сравнения в отдаленном периоде без осложнений было 29 (50,9%) пациентов, тогда как в основной группе этот показатель был существенно выше и составил 81,1% (у 43 из 53 пациентов) ($\chi^2=11,118$; $df=1$; $p<0,001$). Рецидив флегмоны отмечен в 3 (5,3%) случаях в группе сравнения, длительное заживление было у 7 (12,3) пациентов в группе сравнения и 1 (1,9%) больного в основной группе. Грубый рубцовый процесс отмечен у 17 (29,8%) и 9 (17,0%) пациентов соответственно.

В случаях формирования грубого послеоперационного рубца в основном проводили физиотерапевтические процедуры, противовоспалительное и местное лечение. Эти осложнения возникали в основном через 3-4 недели после операции.

Оценка отдаленных результатов оперативного лечения флегмоны нижних конечностей у больных сахарным диабетом подразумевала следующую градацию: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результат. К хорошим

исходам отнесли случаи, когда у пациента полностью была сохранена функция конечности; отсутствовали жалобы, была удовлетворенность результатом оперативного лечения, отсутствовали грубые послеоперационные рубцы. Удовлетворительные результаты включали наличие на месте послеоперационных ран грубых гипертрофических рубцов, если отмечалось длительное заживление ран, отсутствовали функциональные нарушения в конечностях, если имелся незначительный дискомфорт в зоне оперативного вмешательства. К неудовлетворительным результатам операции отнесли случаи с развитием рецидива флегмоны, а также формирование выраженного гипертрофического рубца с функциональными нарушениями в конечности. При флегмонах бедра хорошие результаты были получены у 14 (58,3%) пациентов в группе сравнения и 19 (86,4%) в основной группе, удовлетворительные у 9 (37,5%) и 3 (13,6%) пациентов соответственно, а неудовлетворительные у 1 (4,2%) больного в группе сравнения. При флегмонах области колена хорошие результаты были получены у 5 (55,6%) пациентов в группе сравнения и 6 (75,0%) в основной группе, удовлетворительные у 3 (33,3%) и 2 (25,0%) пациентов соответственно, а неудовлетворительные у 1 (11,1%) больного в группе сравнения. При флегмонах голени хорошие результаты были получены у 10 (41,7%) пациентов в группе сравнения и 18 (78,3%) в основной группе, удовлетворительные у 12 (50,0%) и 5 (21,7%) пациентов соответственно, а неудовлетворительные у 2 (8,3%) больных в группе сравнения (табл. 5.9). В целом по группам хорошие результаты были получены у 29 (50,9%) пациентов в группе сравнения и 43 (81,1%) в основной группе, удовлетворительные у 24 (42,1%) и 10 (18,9%) пациентов соответственно, а неудовлетворительные у 4 (7,0%) больных в группе сравнения ($\chi^2=12,358$; $df=2$; $p=0,003$). Таким образом, стойкий антибактериальный эффект в совокупности с ускорением процессов регенерации позволили сократить частоту развития отдаленных осложнений после хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом с 50,9% (у 28 из 57 пациентов) в группе сравнения до 18,9% (у 9 из 53 пациентов) в основной группе ($\chi^2=11,118$; $df=1$; $p<0,001$), включая снижение риска формирования грубых рубцовых процессов с 31,6% (18) до 17,0% (9), длительного заживления ран с 12,3% (7) до 1,9% (1), а также отсутствие рецидива флегмоны (5,3% в группе сравнения), что в целом обеспечило увеличение доли хороших результатов операций с 50,9% (29) до 81,1% (43) с отсутствием неудовлетворительных исходов (7,0% в группе сравнения; $\chi^2=12,358$; $df=2$; $p=0,003$). Вывод. Стойкий антибактериальный эффект в совокупности с ускорением процессов регенерации позволили сократить частоту развития отдаленных осложнений после хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей на фоне сахарного диабета с 50,9% до 18,9% ($p<0,001$), включая снижение риска формирования грубых рубцовых процессов с 31,6% до 17,0%, длительного заживления ран с 12,3% до 1,9%, а также отсутствие рецидива флегмоны (5,3% в группе сравнения), что в целом обеспечило увеличение доли хороших результатов с 50,9% до 81,1% с отсутствием неудовлетворительных исходов (7,0% в группе сравнения; $p=0,003$).

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Солиев М.Б., Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Бекташева Г.М.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Усовершенствование результатов гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике. Обе группы были сопоставимы по всем основным показателям: пол, возраст, локализация и тяжесть течения гнойно-некротического процесса и т.д.

Результат исследования. Таким образом, стойкий антибактериальный эффект в совокупности с ускорением процессов регенерации позволили сократить частоту развития отдаленных осложнений после хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом с 50,9% (у 28 из 57 пациентов) в группе сравнения до 18,9% (у 9 из 53 пациентов) в основной группе ($\chi^2=11,118$; $df=1$; $p<0,001$), включая снижение риска формирования грубых рубцовых процессов с 31,6% (18) до 17,0% (9), длительного заживления ран с 12,3% (7) до 1,9% (1), а также отсутствие рецидива флегмоны (5,3% в группе сравнения), что в целом обеспечило увеличение доли хороших результатов операций с 50,9% (29) до 81,1% (43) с отсутствием неудовлетворительных исходов (7,0% в группе сравнения; $\chi^2=12,358$; $df=2$; $p=0,003$).

Вывод. Стойкий антибактериальный эффект в совокупности с ускорением процессов регенерации позволили сократить частоту развития отдаленных осложнений после хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей на фоне сахарного диабета с 50,9% до 18,9% ($p<0,001$), включая снижение риска формирования грубых рубцовых процессов с 31,6% до 17,0%, длительного заживления ран с 12,3% до 1,9%, а также отсутствие рецидива флегмоны (5,3% в группе сравнения), что в целом обеспечило увеличение доли хороших результатов с 50,9% до 81,1% с отсутствием неудовлетворительных исходов (7,0% в группе сравнения; $p=0,003$).



ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Суванов Кайим Жахонович

**-профессор отделения хирургической стоматологии и дентальной
имплантологии. Халманов Баходир Абдирашидович-доцент отделения
хирургической стоматологии и дентальной имплантологии.
Ташкентский государственный стоматологический институт.**

В настоящее время, помимо диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний, одной из основных задач научного и практического здравоохранения является оказание эффективной стоматологической помощи детям. Данная проблема является медицинской проблемой, которая трудно поддается решению, требует усилий, требует много времени для использования различных аппаратов, так как лечение длится длительное время, а также наносит психологическую травму не только больному ребенку, но и его семье. .

Многие учёные утверждают, что когда мы думаем об аномалиях и деформациях челюстнолицевой области, мы сразу же думаем об образовавшихся, объёмных или топографических изменениях, возникающих в результате морфологических или функциональных нарушений в этой области. Такие проблемы, как изучение факторов, вызывающих такие изменения, умение отличать их друг от друга, патогенетически дифференцированный подход к этим процессам, остается актуальными. Эти проблемы в стоматологии до сих пор остаются острыми и которые нуждаются в решении. Ключевые слова: стоматологические заболевания, деформация, аномалия, ортодонтическое лечение.

Материалы и методы: Объектом исследования стали 801 ребенок, и подростки в возрасте от 6 до 18 лет, из них 45,1% — мужчины и 54,9% — женщины. Обследованные дети и подростки до настоящего времени страдали различными заболеваниями.

Результаты: Изучены истории этих больных и их хронические заболевания в регионе Бухарской области. Результаты показывают, что наиболее частой заболеваемостью являются острые вирусные респираторные заболевания, на которые приходится 55,3% больных. Напротив, наименьшая заболеваемость у обследованных больных составляет до одного процента ряда заболеваний, в том числе дифтерии, болезней почек, рахита, ревматизма, стоматита, сердечно-сосудистой системы, печени и других заболеваний. Кроме того, второе место по заболеванию занимает ЛОР-органов и составляют 49,1%. Одни из актуальных заболеваний современности - больные с аллергическими реакциями - 14,5%, а также встречается ветряная оспа - 13,4%, кроме того инфекционные заболевания с гепатитом - 6,4%. . Таким образом, помимо основных врожденных причин аномалий и деформаций челюстнолицевой области у детей и подростков, установлено, что они имеют значительные и многочисленные последствия. Кроме того, чтобы оптимизировать продолжительность, добиться максимально комфортного эстетического и функционального результата, а также иметь возможность улучшить качество жизни пациентов, применение профилактических мер против заболеваний даст



положительный результат и это необходимо.

Литература

1. Халманов Б., Сувонов К.Дж., Икромов Г.А. (2021). Комплексное лечение патологии твердых тканей зубов на клинко-функциональной морфологической основе. inLibrary, 21 (1), 1–102. извлечено от <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/14139>
2. Гаффаров С.А., Олимов С.Ш., Ахмадалиев Н.Н. Взаимосвязь между аномалиями зубочелюстной системы и соматических заболеваний у детей // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2016. – № 2. – С. 74-77.
3. Фазилов У.А. Разработка алгоритма ранней диагностики и ортодонтического лечения детей с деформациями челюстно-зубной системы. Сертификат № ДГУ 15971. – 2023 г.
4. Фазилов У.А., Олимов С.Ш. Антропометрические исследования пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями // Международная научно-практическая конференция. - Румыния 2023. - Р.79-80.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА В ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД

Суннатова М.А. Абдуазимова-Озсойлу Л.А.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Актуальность: лечения гипертрофического гингивита у подростков обусловлена высокой распространенностью и интенсивностью заболевания. Определение распространенности и интенсивности гипертрофического гингивита, гигиенического состояния полости рта у детей является одним из основных моментов в реализации программы первичной, вторичной профилактики стоматологических заболеваний.

Цель и задача: Комплексный подход в профилактике и лечение гипертрофического гингивита у подростков 13-15 лет.

Материалы и методы: Исследование, проведенное нами среди 25 учащихся школ разных районов города Ташкента в возрасте от 13-15 лет показало, что 61,9% обследованных выявлен интактный пародонт, в 38,1% случаях имели место те или иные виды патологии тканей пародонта, при этом гипертрофический гингивит диагностировался в 11,3% случаях (3 человека). Большинство обследованных подростков с ГГ имели вертикальную резцовую дизокклюзию, тесное положение зубов и аномалии положения отдельных зубов.

Учитывая полиэтиологический характер гипертрофического гингивита в определении индивидуального плана диагностики, профилактики и лечение необходимо использовать комплекс мероприятий, направленных на выявление, устранение или ослабление воздействия этиологического фактора, патогенетическую и симптоматическую терапию, с привлечением не только пародонтологов, но и ортодонт, хирургов и терапевтов-стоматологов. Участие врачей общей практики (педиатров, оториноларингологов, эндокринологов, неврологов, психиатров) может служить основанием для оценки общего статуса, а также выбора рациональной

терапии, способствующей нормализации взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз- половые железы в период гормональной перестройке организма.

Выводы: Таким образом, планирование, проведение лечебных мероприятий и диспансеризация пациентов должна осуществляться комплексно, действия стоматологов и врачей общей практики должны быть направлены на устранение или уменьшение влияния симптомокомплекса, способствующего развитию патологического процесса. А установленный уровень распространенности гипертрофического гингивита еще раз подтверждает актуальность проблемы и может быть использован в качестве исходных материалов для осуществления долговременного мониторинга и пародонтологического статуса подростков.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ "НИЗВЕДЕНИЯ"

**Тагаев Ш.Б. . Хакимов А.М. Рысметова М.Р, Досмухамедова А.Х,
Абдусаломов Ш.Б
ТГСИ, Кафедра Хирургии и ВПХ**

В настоящее время хирургическое лечение рака прямой кишки довольно подробно изучено в отечественной и зарубежной литературе. Но до сих пор по данным различных авторов частота ближайших послеоперационных осложнений колеблется от 29 до 60%, возникновение воспалительных процессов полости малого таза определяется в 13 - 40% наблюдений. Из - за этого профилактика и лечение воспалительных явлений полости малого таза нуждается в дальнейшем улучшении и совершенствовании. Мы провели анализ результатов лечения 186 пациентов получивших лечение с диагнозом рака прямой кишки в Колопроктологическом центре Республики Узбекистан с 1989 г. по 1996 г. в возрасте от 16 до 79 лет. Из них 71 (38%) женщин и 115 (62%) мужчин. Из 186 больных 121 (66, 2%) больным выполнены радикальные операции, из них 62 (50%) больным операция "низведения". Этим больным до операции кроме общеклинических исследований проведены эндоскопическое исследование с биопсией, рентгенологическое исследование и начиная с 1993 г. компьютерная томография органов малого таза, позволяющие дать оценку степени глубины инфильтрации новообразования стенки прямой кишки, информирующие о наличии инфильтрации окружающей клетчатки и соседних органов, а также указывающие на наличие метастазов в лимфатических узлах забрюшинного пространства и в печени. Компьютерную томографию органов малого таза проводили на аппарате "Соматом" фирмы "Сименс" (Германия) - 36 больным. Благодаря внедрению в клиническую практику компьютерной томографии органов малого таза не только усовершенствовалась диагностика и лечение рака прямой кишки, но и благодаря появлению возможности четко спланировать рациональный способ операции уменьшились воспалительные процессы полости малого таза, особенно после операции "низведения". Применением компьютерной томографий органов малого таза еще до операции мы имели возможность планировать и провести в 18 случаях расширенные и комбинированные

хирургические вмешательства с лимфаденоэктомией (3), с резекцией задней стенки влагалища (5) и мочевого пузыря (8), надвлагалищную ампутацию матки (2). Этим больным до операции в процессе предоперационной подготовки были проведены обязательные консультации терапевта, уролога, гинеколога. Заранее знание и определение характера операции, психологической и практической подготовленности хирурга к этим операциям позволили снизить после операции "низведения" воспалительные процессы полости малого таза. Таким образом, применение компьютерной томографии органов малого таза имеет не только диагностическое но и прогностическое значение, особенно при раке прямой кишки.

ТОМОГРАФИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ "НИЗВЕДЕНИЯ"

**Тагаев Ш.Б. . Хакимов А.М Рысметова М.Р, Досмухамедова А.Х,
Абдусаломов Ш.Б
ТГСИ,Кафедра Хирургии и ВПХ**

В настоящее время хирургическое лечение рака прямой кишки довольно подробно изучено в отечественной и зарубежной литературе. Но до сих пор по данным различных авторов частота ближайших послеоперационных осложнений колеблется от 29 до 60%, возникновение воспалительных процессов полости малого таза определяется в 13 - 40% наблюдений.

Из - за этого профилактика и лечение воспалительных явлений полости малого таза нуждается в дальнейшем улучшении и совершенствовании.

Мы провели анализ результатов лечения 186 пациентов получивших лечение с диагнозом рака прямой кишки в Колопроктологическом центре Республики Узбекистан с 1989 г. по 1996 г. в возрасте от 16 до 79 лет. Из них 71 (38%) женщин и 115 (62%) мужчин. Из 186 больных 121 (66, 2%) больным выполнены радикальные операции, из них 62 (50%) больным операция "низведения" Этим больным до операции кроме общеклинических исследований проведены эндоскопическое исследование с биопсией, рентгенологическое исследование и начиная с 1993 г. компьютерная томография органов малого таза, позволяющие дать оценку степени глубины инфильтрации новообразования стенки прямой кишки, информирующие о наличии инфильтрации окружающей клетчатки и соседних органов, а также указывающие на наличие метастазов в лимфатических узлах забрюшинного пространства и в печени. Компьютерную томографию органов малого таза проводили на аппарате "Соматом" фирмы "Сименс" (Германия) - 36 больным. Благодаря внедрению в клиническую практику компьютерной томографии органов малого таза не только усовершенствовалась диагностика и лечение рака прямой кишки, но и благодаря появлению возможности четко спланировать рациональный способ операции уменьшились воспалительные процессы полости малого таза, особенно после операции "низведения". Применением компьютерной томографий органов малого таза еще до операции мы имели возможность планировать и провести в 18 случаях расширенные и комбинированные хирургические вмешательства с лимфаденоэктомией (3), с резекцией задней стенки влагалища (5) и мочевого пузыря

(8), надвлагалищную ампутацию матки (2). Этим больным до операции в процессе предоперационной подготовки были проведены обязательные консультации терапевта, уролога, гинеколога. Заранее знание и определение характера операции, психологической и практической подготовленности хирурга к этим операциям позволили снизить после операции "низведения" воспалительные процессы полости малого таза. Таким образом, применение компьютерной томографии органов малого таза имеет не только диагностическое но и прогностическое значение, особенно при раке прямой кишки.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ КРОНА

**Тагаев Ш.Б., Мехмонов Ш.Р., Ходиев Х.М., Пулатов М.М.
ТГСИ, Кафедра Хирургии и ВПХ**

Оперативным вмешательствам подвергались 61 больной с осложненными формами болезни Крона (55,6%). При определении показаний к оперативным вмешательствам мы учитывали длительность заболевания, длительность ремиссии после консервативной терапии и наличие осложнений. Основными показаниями к операции среди наших больных считались: профузное кровотечение - 18 (28,1%), стриктура толстой кишки - 14 (21,8%), стриктура тонкой кишки - 7 (10,9%), межкишечные свищи - 3 (4,8%), свищи прямой кишки - 3 (4,8%), псевдополипоз толстой кишки - 6 (9,4%), токсическая дилатация толстой кишки - 2 (3,1%), сочетание нескольких осложнений - 8 (12,5%). При выборе оперативного вмешательства мы руководствовались следующими моментами:

- степени срочности операции;
- тяжестью состояния больного;
- наличием или отсутствием осложнений.

В экстренном порядке оперированы 27 (27,9%), в плановом порядке 44 (72,1%) больных. Кровотечение из кишечника явилось показанием к выполнению оперативных вмешательств у 18 больных. При этом в 13 случаях операции производились по экстренным показаниям - профузные кишечные кровотечения. Во всех случаях обязательным условием было проведение гастроскопии для исключения источника кровотечения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. В 8 случаях также по экстренным показаниям проводили колоноскопию, при котором в 5 случаях был обнаружен источник кровотечения из пораженного отдела толстой кишки. Решение о проведении операции при развитии стриктур кишечника решали индивидуально. При этом учитывали частоту и продолжительность эпизодов обструкции, наличие сопутствующих осложнений в виде свищей и абсцессов, число предшествующих операций и их вид, происхождение стеноза (в результате острых воспалительных изменений или хронического фиброзирования), а также эффективность консервативной терапии. В 7 случаях (у 4 больных стриктура толстой кишки и 3 больных стриктура тонкой кишки) из-за развития острой кишечной непроходимости на почве стриктуры оперативные вмешательства выполняли в экстренном порядке. В 14 случаях (у 10 больных стриктура толстой кишки и 4

больных стриктура тонкой кишки) с явлениями частичной жнitechь непроходимости оперативные вмешательства выполнены в плановом порядке после соответствующей предоперационной подготовки больных. Важной проблемой, специфичной для лиц с болезнью Крона, являются свищи, соединяющие пораженные участки кишечника с другими петлями кишечника (межкишечные свищи) и перианальной области. При исключении сопутствующих абсцессов такие свищи, как правило, не являются показанием к неотложному хирургическому вмешательству. Показания к операции возникали при шунтовых свищах с выключением больших участков кишечника и развитием диарей, при большом объеме отделяемого и мацерации кожи в области кишечного-кожных свищей, при сопутствующих абсцессах. Все 9 больных (3 с межкишечными свищами и 6 со свищами прямой кишки) оперированы в плановом порядке. Оперированы 6 больных с псевдополипозом толстой кишки - двум больным операции выполнены в экстренном порядке, 4 больным в плановом порядке. 2 больных с токсической дилатацией толстой кишки оперированы в плановом порядке после соответствующей предоперационной подготовки -дезинтоксикационной, инфузионно-трансфузионной терапии. При наличии сочетанных осложнений (острое профузное кровотечение из кишечника стриктура кишечника, острая токсическая дилатация, гангрена кишечника) оперативны вмешательства выполнены в экстренном порядке впервые часы поступления больных в клинику.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА

Н.Л.Таджибаева ; Ф.Л.Саиджанова.

Андижанский государственный медицинский институт

Определение пепсиногенагомогената слюнных желез и плазмопепсиногенапроизводилось модифицированным тирозиновым методом Hirschowitz [156]. Принцип его состоит в том, что белковый субстрат инкубируется с протеазой и мерой активности ее являетсяколичество аминокислот (тирозина), образовавшихся в результате гидролиза белка и выявляемых колориметрически по реакции с фенольным реактивом Фолина-Чиокальтеу. В нашей модификации увеличено время инкубации до 24 часов и в качестве белкового субстрата использован не гемоглобин, а сухая плазма.

Для анализа берется 0,5 мл исследуемого материала (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови), к нему приливается 2,5 мл 2% раствора плазмы в 0,05 н. соляной кислоте. После перемешивания содержимого пробирки она ставится в термостат (370C) на 24 часа. Параллельно ставится контрольная проба: пробирка с 2,5 мл 2% плазмы в 0,05 н. соляной кислоте ставится в термостат (370C) на 24 часа, после чего добавляется исследуемый материал (гомогенат слюнных желез, сывороткакрови). После инкубации обе пробирки вынимаются из термостата, к растворам добавляется по 2,5 мл 0,5 н. трихлоруксусной кислоты, затем содержимое их фильтруется через плотный фильтр. К 1 мл фильтрата приливается 2,0 мл 0,5 н.NaOH и 0,6 мл предварительно разведенного в два раза водой реактив Фолина-Чиокальтеу. В течение 3-20 минут полученные растворы колориметрируют при красном фильтре

против воды. Показатель экстинкции контрольной пробы вычитается из показателя основной пробы. Эта разность с помощью калибровочного графика (составленного по тирозину) переводится в условные единицы активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез). За 1 единицу активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез) в 1 мл сыворотке крови (или 1 мл гомогенат слюнных желез) принят 1 мкг тирозина, образовавшегося в результате 24-часового гидролиза белка при 370С.

ПИЩЕВАРЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА

Таджибаева Н.Л; Саиджанова Ф.Л

Андижанский государственный медицинский институт

Полость рта – это «входные ворота» организма для пищевых веществ и воды, а также многих других веществ внешней среды. Первой эндогенной жидкостью, с которой они приходят в контакт, является ротовая жидкость, которую часто называют смешанной слюной [73]. Смешанная слюна обладает многими свойствами [20,33, 81, 93] и прежде всего свойствами пищеварительного тракта.

Пищеварение в полости рта – первый этап пищеварительного конвейера сложной поэтапной биотехнологии. В полости рта осуществляется механическая, физико-химическая и химическая обработка принятой пищи. В этом велико значение слюны как жидкости, которая смачивает, разжижает, растворяет пищу и её компоненты. Только в субстрате возможен гидролиз субстрата ферментом. Слюна, как пищеварительный секрет, растворяет субстрат, а находящиеся в растворе ферменты слюны гидролизуют полимерные субстраты. Наиболее велика активность в составе слюны, особенно околоушных [73, 162,] желез, карбогидраз: α -амилазы, расщепляющей полисахариды (крахмал, гликоген) с образованием декстринов, а затем мальтозы и глюкозы; и α -1,4-глюкозидные связи в молекулах амилазы и амилопектина. Оптимум pH для активности слюнной амилазы 6,5-7,0. При pH менее 3-3,5 α -амилазы слюны утрачивает свою активность. Связанная с субстратом (крахмалом, олигосахаридами)[139] слюнная α -амилаза имеет повышенную резистентность к деградирующему на неё влиянию пониженных значений pH. Это немаловажный механизм сохранения амилалитической активности слюнной амилазы в желудке и обнаружения её в химусе тощей кишки[68]

Карбогидразы слюны за 12–15 с пребывания пищевого комка в полости рта не успевают гидролизовать поли- и дисахариды пищи и продолжают своё действие в желудке в глубине пищевого комка, куда ещё не диффундировала соляная кислота желудочного содержимого [59,74]. Следовательно, пищеварительные свойства этих ферментов слюны реализуются не столько в ходе ротового, сколько желудочного пищеварения.

Имеются данные, что в первый месяц жизни у детей в слюне амилаза содержится в небольшом количестве, содержание её постепенно возрастает и достигает уровня взрослых в течение 1-2 лет после рождения [123]. Увеличение активности амилазы происходит неравномерно и связано с появлением у детей зубов. У человека максимальная амилалитическая активность наблюдается в возрасте 2-7 лет.

Ряд авторов [175]разделили изоферменты слюны методом изоэлектрофокусирования и выделили две фракции амилазы. При изучении аминокислотного их состава были получены очень близкие результаты.

ВЫДЕЛЕНИЕ ГИДРОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В СОСТАВЕ СЛЮНЫ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ

Таджибаева Н.Л; СаиджановаФ.Л.А
ндижанский государственный медицинский институт

Слюнные железы, как и все железы пищеварительного тракта, принимают участие в обеспечении гомеостаза организма, в частности ферментного гомеостаза, поставляя в его внутреннюю среду синтезируемые ими секреторные продукты (например α - амилазу) и выводя в составе секретов циркулирующие в крови ферменты, участвуют в экскреторной деятельности пищеварительного тракта. Выделение гидролитических ферментов в составе слюны при гипокинезии увеличивается, при этомнаблюдается прямая зависимость от уровня содержания их в крови, т.е., увеличение выделения этих ферментов в кровь направлено на поддержание их гомеостаза.В руководстве группы Компаний ВСМ БиохиммакIBL – Hamburg[92], посвященном определению стероидов в слюне, называется несколько «механизмов проникновени компонентов крови через мембранный барьер в слюнные протоки»:1)между ацинозными клетками проникают вещества с малой молекулярноймассой (<1900 Д); 2) фильтрация через поры клеточных мембран возможна для субстанций с молекулярной массой <400 Д; 3) селективный транспорт через мембрану клетки; 4) пассивная диффузия липофильных молекул (например, стероидов); 5) активный транспорт через белковые каналы (например, пептидов); 6) пиноцитоз - проникновение путем пиноцитоза, последовательно эндо-, затем – экзоцитоза (например, «протеины большого размера типа энзимов»). В собственной рекреции ферментов могут быть использованы три названных вида селективного транспорта .

При гипокинезии выделение ферментов слюнными железаминеодинаково: больше всего повышается выделение амилазы, на втором месте по выраженности увеличения выделения находится пепсиноген и на последнем месте находится липаза. Полученные нами экспериментальные данные приводят к заключению, что glanduloциты «свои» вещества рекретируют с большой интенсивностью, чем «чужие»



ЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИСПАЕЧНОГО ПОКРЫТИЯ ИЗ ПРОИЗВОДНЫХ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ НА МОДЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**студент 334 группы лечебного факультета Мукумбаев Д.Ш. Самаркандский
государственный медицинский университет. Научный руководитель: PhD.
доцент Дусияров М.М.**

Цель работы. Определение перспективы применения отечественного средства профилактики спайкообразования в торако-абдоминальной хирургии на основании экспериментальных и морфологических исследований.

Материалы и методы. В качестве экспериментальных животных использованы белые беспородные крысы в количестве 30 особей. Всего выполнено 2 серии экспериментов в контрольной и опытной группе. В контрольной группе животных после повреждения брюшины лапаротомная рана послойно ушивалась непрерывным швом пролен 4/0. В опытной группе животных на область повреждения наносилось гемостатическое средство в виде порошка. из производных целлюлозы для предупреждения процесса клеточного воспаления.

Результаты. Проведенные исследования позволили установить, что задачей экспериментальных исследований явилось создать модель образования спаек в брюшной полости с оценкой отдельно спаек с париетальной брюшиной и брюшиной висцеральных органов. Для создания модели использованы хорошо известные принципы индукции спаек с использованием коагулятора. В нашем случае применен режим резки с использованием биполярного коагулятора. Основная задача заключалась в оценке эффективности гемостатического покрытия Гепроцел используемого в виде порошка для предупреждения формирования спаек с париетальной брюшиной и висцеральных органов. В основной группе животных раневая поверхность покрывалась порошком Гепроцел, который через некоторое время после контакта с тканевой жидкостью превращался в гелевое покрытие плотно фиксированное к раневой поверхности.

Эксперименты на 30 беспородных белых крысах продемонстрировали, что выбранная модель формирования спаек предупреждает некроз и перфорацию полых органов, а также достаточно убедительно демонстрирует формирование спаек как с париетальной так и висцеральной брюшиной. Исследование эффективности отечественного гемостатического препарата Гепроцел показало, что формирование гелевой пленки в отсутствии клеточных элементов крови позволяет добиться рассасывания покрытия без выраженной клеточно-воспалительной реакции. Формирование спаек существенно предупреждается, при этом наибольший эффект нам удалось проследить в случае полых органов (илеоцекальная зона). В отличие от животных контрольной группы деформация брыжейки кишки не приводила к грубым деформациям с развитием признаков кишечной непроходимости. Процесс биodeградации не сопровождается воспалительной реакцией тканей и выпотом в брюшной полости. Заживление раны происходит в обычные сроки. Поведение животных и их состояние не претерпевает существенных изменений. Прибавка веса животных начинается уже через 14 суток после операции.

Выводы.

Экспериментальные исследования показали, что применение антиспаечного покрытия из производных целлюлозы позволило сократить риск формирования спаек до 20% (критерий $\chi^2=5,000$; $p=0,026$), из которых деформация кишечника без проявлений непроходимости развилась в 13,3% случаев.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ТРЕЩИН ГУБ

**Тимирчева В.В., Карakov К.Г., Хачатурян Э.Э. Ставропольский
государственный медицинский университет**

Актуальность. Заболевания губ представляют собой патологию, наиболее часто встречающуюся не только в стоматологии, но и в дерматологии. Заболевания губ включают в себя хейлиты и хронические трещины. Зачастую причиной данной патологии является общесоматическая патология - желудочно-кишечного тракта, нейроэндокринной системы, системы крови, почек, психоэмоциональной сферы и др. Основная роль в развитии хронических рецидивирующих трещин губ отводится местным неблагоприятным факторам, таким как, вредные привычки, хроническая травма острыми краями зубов, а также неблагоприятным воздействиям погодных условий, что приводят к сухости красной каймы губ, трещинам, чешуйкам, которые пациенты часто скусывают. На сегодняшний день разработанные методики лечения хронических рецидивирующих трещин губ мало эффективны, так как они требуют частых посещений врача-стоматолога, зачастую не оказывают должного терапевтического эффекта. Тем самым уменьшается срок ремиссии.

Цель исследования: оценка эффективности лечения хронических рецидивирующих трещин губ в сочетании с экфолиативным хейлитом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет с диагнозом хроническая трещина губ в сочетании с экфолиативным хейлитом. Лечение начиналось со сбора анамнеза, осмотра, консультаций у специалистов смежного профиля по показаниям. Все пациенты были разделены на две группы: основную (10 человек) и контрольную (10 человек). Пациентам обеих групп назначалась низкоуглеводная диета, исключалось острое, горячее, пряности. Местное лечение в обеих группах включало: санацию полости рта, лечение патологии пародонта по показаниям. В основной группе пациенты получали лечение, описанное в клиническом примере. Пациенты второй группы (контрольная) получали схему традиционной медикаментозной терапии: аппликации анестезина, обработка слизистой оболочки полости рта антисептиком, аппликации керотопластическими препаратами (масло витаминов А и Е).

Клинический случай. Пациент 35 лет на момент обращения жаловался на боль, сухость и стянутость красной каймы губ, появление чешуек, трещин, обострения чаще происходили осенью и весной в течение 8 лет. При сборе анамнеза выявлено заболевание желудочно-кишечного тракта и изменение гормонального статуса в течение 5 лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, кожа над ними не изменена. Локальный статус: при осмотре красной каймы губ и слизистой оболочки губ, выявляются основные



симптомы - сухость, продольные трещины, чешуйки на нижней и верхней губе, при снятии чешуек пинцетом обнажается большая кровоточащая, слегка болезненная поверхность, незначительный гиперкератоз на верхней губе. Полость рта санирована. При осмотре ротовой полости слизистая полости рта в норме, отсутствуют признаки заболеваний пародонта. Лечение проводилось следующим образом: обучение гигиены полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта. Рекомендована консультация гастроэнтеролога и эндокринолога. Пациенту назначалась диета. Предложена следующая схема консервативного лечения хейлита: аппликация холодного раствора препарата нитрофуранового ряда для распаривания чешуек и трещин. Наложение на элементы поражения аппликации поликомпонентной мази, в состав которой входят: линимент Тезана, дексаметазон, нистатиновая мазь, замешанные в равных пропорциях на 7 минут. Улучшение наступило уже после 3 сеанса местного лечения очагов поражения на красной кайме губ. Отмечалось уменьшение элементов поражения (чешуек), эпителизация трещин. Рекомендовано смазывание элементов поражения при выходе на улицу мазью, в состав которой входит натуральный жир животного происхождения. На 7 посещение отмечалось отсутствие сухости красной каймы губ, исчезновение чешуек, полная эпителизация трещин. В конце лечения пациенту провели процедуру Плазмолифтинга. Назначили на повторную консультацию через 6 месяцев. Повторная консультация, спустя 6 месяцев после лечения: жалобы отсутствуют. При объективном осмотре: красная кайма губ бледно- розовая, в норме увлажнена, отсутствие чешуек и трещин.

Результаты исследования. На основании проведенной схемы комплексного лечения эксфолиативного хейлита и хронических трещин губ у пациентов основной группы высокий терапевтический эффект был достигнут уже после 3 посещения. По клиническому осмотру выявлено: эпителизация трещин, уменьшение элементов поражения (чешуек), уменьшение болевых ощущений, отсутствие чувства сухости и стянутости красной каймы губ. Регистрировалось отсутствие жалоб на 7 посещение местного применения поликомпонентной мази в комплексе с плазмолифтингом. У пациентов контрольной группы положительный результат был получен спустя 15 посещений.

Таким образом, применение предложенной поликомпонентной мази для лечения эксфолиативного хейлита и хронических трещин губ способствует сокращению сроков лечения данной патологии. В ходе проведенного исследования выявлена высокая эффективность лекарственного комплекса, в состав которого входят: кератопластик - линимент Тезана, дексаметазон, нистатиновая мазь, замешанные в равных пропорциях. Повязки способствовали быстрому снятию болевого синдрома, чувства стянутости и скованности слизистой оболочки губ, исчезновению элементов поражения и эпителизации трещин. На 4 посещении в процессе визуального осмотра отмечалось уменьшение чешуек, эпителизация трещин, восстановление нормального цвета красной каймы губ, пациенты жалоб не предъявляли.

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о высоком терапевтическом эффекте, хорошей переносимости и безопасности применения поликомпонентной мази при лечении хронических рецидивирующих трещин губ в сочетании с эксфолиативным хейлитом, как альтернативе общепринятым методикам лечения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА

Н.Л.Таджибаева ; Ф.Л.Саиджанова.

Андижанский государственный медицинский институт

Определение пепсиногенагомогената слюнных желез и плазмопепсиногена производилось модифицированным тирозиновым методом Hirschowitz [156]. Принцип его состоит в том, что белковый субстрат инкубируется с протеазой и мерой активности ее является количество аминокислот (тирозина), образовавшихся в результате гидролиза белка и выявляемых колориметрически по реакции с фенольным реактивом Фолина-Чиокальтеу. В нашей модификации увеличено время инкубации до 24 часов и в качестве белкового субстрата использован не гемоглобин, а сухая плазма. Для анализа берется 0,5 мл исследуемого материала (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови), к нему приливается 2,5 мл 2% раствора плазмы в 0,05 н. соляной кислоте. После перемешивания содержимого пробирки она ставится в термостат (370С) на 24 часа. Параллельно ставится контрольная проба: пробирка с 2,5 мл 2% плазмы в 0,05 н. соляной кислоте ставится в термостат (370С) на 24 часа, после чего добавляется исследуемый материал (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови). После инкубации обе пробирки вынимаются из термостата, к растворам добавляется по 2,5 мл 0,5 н. трихлоруксусной кислоты, затем содержимое их фильтруется через плотный фильтр. К 1 мл фильтрата приливается 2,0 мл 0,5 н. NaOH и 0,6 мл предварительно разведенного в два раза водой реактив Фолина-Чиокальтеу. В течение 3-20 минут полученные растворы колориметрируют при красном фильтре против воды. Показатель экстинкции контрольной пробы вычитается из показателя основной пробы. Эта разность с помощью калибровочного графика (составленного по тирозину) переводится в условные единицы активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез). За 1 единицу активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез) в 1 мл сыворотке крови (или 1 мл гомогенат слюнных желез) принят 1 мкг тирозина, образовавшегося в результате 24-часового гидролиза белка при 370С.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Тошпулатова Г.О.

**Бухарский Государственный Медицинский Институт имени
Абу Али ибн Сино, г.Бухара.**

Цель исследования: сравнить частоту встречаемости генов IL-10(G1082A), FNO-α (G308A), RS1800629 и цитокинов у больных хроническим вирусным гепатитом С с учетом национальности, пола и возраста больных, а также оценить качество диагностики на основании полученных генетических критериев.



Материал и методы: Объектом исследования являются 25 больных хроническим вирусным гепатитом С и 15 пациентов в контрольной группе. Для генотипирования полиморфных вариантов гена IL-10(G1082A), FNO- α (G308A), методом полимеразной цепной реакции в качестве объекта исследования брали капиллярную кровь, венозную кровь и сыворотку крови больных и условно здоровых лиц. Для исследования группы использовали общеклинические, биохимические, инструментальные, молекулярно-генетические, статистические методы.

Результаты анализов: В общем анализе крови у больных вирусным гепатитом С женского пола, преимущественно пожилого возраста (60-74 лет, по классификации по ВОЗ) наблюдается лейкоцитоз, в то время как у лиц среднего возраста этот показатель выражается лейкопенией. В биохимическом анализе крови у половины представителей пожилого возраста и преимущественно молодого возраста женщин, также наблюдается повышение уровня содержания АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы в крови.

У больных мужского пола наблюдался относительно повышенный уровень общего билирубина, в отличие от женщин, а также повышенный уровень АЛТ, АСТ и ЩФ у преимущественно 50-65 летних.

Количество IL-10, являющийся противовоспалительным цитокином, уменьшается. Кроме того, при методе полимеразной цепной реакции наблюдается изменения в гене фактора некроза опухоли, внеклеточного белка, гена FNO- α , являющийся основным фактором участвующий в деструкции ткани печени.

Выводы: из полученных результатов можно заключить что уменьшение количества IL-10 как противовоспалительный цитокин, а также изменения в гене FNO- α при вирусном гепатите С, приводят к циррозу печени и выявление в крови изменений этих показателей на ранних этапах болезни может способствовать улучшению качества жизни больных и продлению жизни.

ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Турсуметов А.А., Рахимов О.У., Давлатбоева Л.И.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра хирургических болезней Узбекистан, Ташкент**

Актуальность. На сегодняшний день в Республике Узбекистан ежегодно выполняются от 8 до 10 тыс. различных вариантов холецистэктомии (ХЭК), причем более половины из них по поводу деструктивных форм острого калькулезного холецистита (ОКХ). Увеличение количества оперативных вмешательств по поводу холецистита и его осложнений, привело к существенному росту частоты послеоперационных осложнений. Одним из таких осложнений является послеоперационное внутрибрюшное кровотечение, которое в структуре послеоперационных осложнений составляет около 4%. Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и причины внутрибрюшных кровотечений после различных вариантов холецистэктомии.

Материал и методы. Изучены истории болезни и проанализированы результаты лечения 30 больных с внутрибрюшными кровотечениями после различных вариантов холецистэктомии. Больные были в возрасте от 20 до 79 лет (средний возраст $46,5 \pm 11,5$ года), большинство из них составляли женщины (80%). Варианты холецистэктомии, после которых наблюдалось внутрибрюшное кровотечение, у 14 (46,7%) больных была холецистэктомия – традиционная, у 10 (33,3%) – МХЭ, и лапароскопическая у 6.

Результаты и обсуждение. Повторные операции у больных с внутрибрюшными кровотечениями после первичных операций были выполнены в сроки от 3-х часов до 8 суток после первичной операции. С целью интраоперационного гемостаза была использована электрокоагуляция ложа желчного пузыря у 24 (80%), ушивание у 5 (16,7%), тампонирование у 6 (20%), аргано-плазменная коагуляция (АПК) у 3 (10%), при этом у 9 (30%) больных использованы различные сочетания 2 и более видов гемостаза. В большинстве случаев выявлены выраженная кровоточивость тканей и трудности гемостаза разной степени (75%). После ревизии установлено что, источником кровотечения оказалось ложа удаленного желчного пузыря - у 14 (46,6%), несостоятельность пузырной артерии (в том числе добавочные артерии) - у 11 (36,7%), рассеченные спайки - у 2 (6,7%), повреждение большого сальника - у 2 (6,7%), проколы передней брюшной стенки - у 1 (3,3%). У 10 больных произведены лапароскопические операции: у 3 дополнительное клипирование пузырной артерии, у 2 дополнительное лигирование кровоточащего сосуда, у 2 аргано-плазменная коагуляция, у 3 электрокоагуляция источника кровотечения.

Выводы. Для остановки внутрибрюшных кровотечений после ХЭК наряду с традиционными хирургическими операциями целесообразно выполнение миниинвазивных вмешательств, целью которых является обязательное хирургическое устранение источника кровотечения, тщательная санация и дренирование брюшной полости.

ПРЕИМУЩЕСТВО АВТОМАТИЗАЦИИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Турсунова М.У., Махмудов Н.И., Мемджанова А.Н., Розиков Д.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Актуальность: Несмотря на успехи в лечении и диагностике пневмоний выявление возбудителя вызывает определённые трудности и не позволяет определить нозологический диагноз по этиологическому принципу.

Анализатор автоматический бактериологический Vitek 2 Compact, Biomerie предназначен для идентификации анаэробных бактерий, нейссерий, гемофильной палочки и других Грам отрицательных и Грам положительных кокков и бактерий, лактобактерий, и коринебактерий «более 450 таксонов». Определение чувствительности МИК (минимально ингибирующих концентраций) к широкому кругу антимикробных препаратов (более 100). Система состоит из анализатора и

персонального компьютера. Время исследования(цикла) средняя идентификация (ID) микроорганизмов до 6 часов. Определение чувствительности к АМП(AST) среднее время получения результатов чувствительности к антимикробным препаратам 8 часов. Эти исследования являются ключевыми исследованиями для получения важной клинической информации и выбора более рационального лечения. Совмещая инновационную автоматическую систему с широкой базой данных, анализатор автоматический бактериологический Vitek 2 для ID / AST исследований микроорганизмов позволяет обеспечить быстрые и точные результаты.

Возможность выбора комплектации 15,30,60 карт может находиться одновременно в приборе. Адекватность противомикробной терапии играет решающую роль в выздоровлении пациента с инфекциями, успех же самой терапии во многом зависит от качества микробиологического анализа. Преимущество автоматизации для самой лаборатории заключается в снижении трудозатрат персонала, повышении производственной мощности лабораторий (количество выполняемых анализов) и обеспечит врача-клинициста инструментом для назначения рациональной противомикробной терапии. Цель исследования. Выявить преимущество работы микробиологического автоанализатора в сравнении с классическим методом.

Материал и методы исследования. В период пандемии Covid 19 2021-2023 г. развёрнуты дополнительные койки в соматических стационарах, включая ФФРНЦЭМП. В 2020г обследовано 530 больных с пневмонией смешанного генеза на предмет бактериального поражения лёгких. При посеве мокроты у 497 выявлены следующие ассоциации микроорганизмов: *Candida albicans*-44(9%), сочетание *Streptococcus pneumoniae* с *Candida albicans* 30(5,6%), *Streptococcus pneumoniae* 100(20,1%), *St.aureus* 22(4.4%), *Pseudomonas aeruginosa* 6(1.2%), НГОВ 56(11,2%). Подавляющее число стрептококков оказалась чувствительной к азитромицину, рифампицину, хлорамфениколу и тейкопланину , линезолиду, ванкомицину, умеренно устойчивостью к тайгециклину, триметоприм/сульфаметаксазолу с устойчивостью к цефалоспорином, ампициллину, доксациллину, левофлоксацину, клиндамицину, нитрофурантоину, амоксициллину. В 2021 году кроме пульмонологического отделение из других отделений микробиологически исследовано гной, мокрота, СМЖ, плевральная жидкость, жидкость из брюшной полости, моча, слизь из трахеи и другие биоматериалы. В 2021 году выявлено 6718 патология из них *St.aureus* 1055 (15%), *Candida albicans* 346(26%), *Streptococcus pneumoniae* 402(6%), грамотрицательные бактерии 1838(27,3%).[3]. Грамнегативные микроорганизмы устойчивы к ампициллину, амоксициллину, клавуланату, цефуроксиму и линкомицину, чувствительные к цефтриаксону и ципрофлоксацину, левофлоксацину и амикацину; имипенем и хлорамфениколу. В семействе *Stafilococcaceae* чувствительность к нижеследующим антимикробным препаратам: клиндамицину, цефтриаксону, ципрофлоксацину, тейкопланину и хлорамфениколу. Среди проанализированных штаммов *Streptococcaceae* наибольшее число изолятов резистентно к воздействию ампициллину и цефтриаксону, хлорамфениколу., наиболее высока чувствительность к тейкопланину, клиндамицину, ванкомицину и рифампицину, имипенему.

Выводы



1. Вышеперчисленные особенности анализатора Vitek 2 Compact позволяют сделать вывод что автоматизация микробиологических лабораторий способствует получению достоверных данных о чувствительности к противомикробным препаратам в более короткий срок.

2. Раннее начало адекватной противомикробной терапии в свою очередь повышает эффективность лечения, снижается его продолжительность и стоимость.

3. Автоматический анализатор даёт возможность быстро и очень точно определить какой имеено из 400 микроорганизмов есть в материале.

4. Таким образом, оснащение микробиологических лабораторий микробиологическими анализаторами является клинически и экономически обоснованным.

АУТОИММУННЫЙ ЛИМБИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ, СВЯЗАННЫЙ С АНТИТЕЛАМИ К GAD

Улуханова Л.У.

**ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» г.
Махачкала**

Лимбический энцефалит (ЛЭ) входит в спектр синдромов, ассоциированный с высокими титрами антител к глутаматдекарбоксилазе (GAD). Под наблюдением находилась девочка в возрасте 13 лет. Дебют заболевания отмечен снижением памяти на текущие события после первого судорожного приступа в течение 2-х мес. Впервые эпилептические приступы возникли в конце апреля 2019 г, с интервалом в несколько дней, после первого же приступа замечено снижение кратковременной памяти на текущие события, многократное ощущение «дежавю» (вспоминает то, что видела это во сне, мама считала эти события страхами). С началом болезни был эпизод, когда «забыла, как дошла до школы». Другие фокальные состояния отрицает.

МРТ головного мозга от 30.04.19 г. патологии не отмечено. Клинический и биохимический анализ крови - без особенностей. 10 мая: мониторинг ЭЭГ ночного сна: зафиксировано два фокальных эпилептических приступов с автомоторным компонентом, далее постприступный сон. С 11 мая получала кепстру по 500 х 2 раза, приступы не повторялись. Состояние девочки было стабильным, не было акцента на снижение памяти, не было очаговой неврологической симптоматики. 13 июня при контрольной ЭЭГ (1 час со сном) отмечается ухудшение; 14 июня фокальный, а через несколько часов генерализованный припадок, температура тела поднялась до 37,5 С. Развилось психомоторное возбуждение, госпитализирована в реанимационное отделение РЦИБ и СПИД г. Махачкала с подозрением на острый энцефалит, где находилась с 14.06 по 20. 06 . При поступлении состояние тяжелое, ригидность затылочных мышц на 4 п/п, слабо положительный симптом Кернига с двух сторон. Нистагм при взгляде в стороны и вверх, брюшные рефлексы снижены. Рефлексы с рук умеренной живости, коленные рефлексы не вызываются, ахилловы низкие. Патологических знаков нет. Психомоторное возбуждение купировано тиопенталом.

При спинномозговой пункции получен ликвор: бесцветный, прозрачный: цитоз 37/3 клеток (30 лимфоцитов, 7 нейтрофилов, сахар 2,8 ммоль/л, белок 0,15 г/л). 15



июня начата пульс-терапия: 500 мг метилпреднизолоном. На утро следующего дня девочка спокойна, но нет кратковременной памяти, не узнаёт лечащего врача, в окружающей обстановке ориентируется с подсказкой.

МРТ головного мозга от 16.06.2019 г.: выявленные ассиметричные изменения в структуре гиппокампа соответствуют энцефалиту (дифференциальная диагностика между лимбическим и герпетическим энцефалитом). На МСКТ легких от 19.06.19: патологии не выявлено. Поскольку традиционные методы параклинической диагностики (ЭЭГ, МРТ, исследование ликвора, МСКТ легких) не позволили нам выставить клинический диагноз, было решено сдать анализы крови на антитела к NMDA-рецептору, антитела к компонентам комплекса калиевого канала, класса IgG, олигоклональный Ig G (ликвор), АТ к GAD в спинномозговой жидкости для исключения аутоиммунного поражения мозга.

Клинический диагноз: Аутоиммунный лимбический энцефалит с АТ к GAD (Код по МКБ 10 G 36.8). После выписки 21.06.2019 г. поступила в РДКБ ПНО № 1 г. Москвы для проведения контрольного обследования с целью уточнения диагноза и лечения согласно стандартам. Таким образом, приведенный клинический пример демонстрирует трудности диагностики аутоиммунных поражений мозга, когда традиционные методы параклинической диагностики (ЭЭГ, МРТ, исследования ликвора) малоспецифичны, поэтому обнаружение антител к GAD в СМЖ позволило поставить клинический диагноз.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМИГИПЕРТРОФИИ СПРАВА (СИНДРОМ ПРОТЕЯ) У РЕБЕНКА

Улуханова Л.У.

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, РФ

Актуальность. Гемигипертрофия - относительно редкое заболевание, частота встречаемости которого варьирует от 1 : 14 000 до 1 : 86 000, проявляющееся, как правило, односторонней асимметрией тела и конечностей по объему и длине. В Большой медицинской энциклопедии это заболевание трактуется как «увеличение размеров половины тела» человека.

Цель исследования. Описание клинического случая гемигипертрофии справа у ребенка 1 года 7 мес, который представляет интерес по причине редкой встречаемости данной патологии.

Пациенты и методы. Проведены КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗИ сердца, УЗИ почек и мочевого пузыря. Также сданы онкомаркеры: В-ХГЧ - 0,9 мМЕ/мл (0–2,6 мМЕ/мл); альфа-фетопротеин - 180 994 нг/мл (при норме до 7); нейронспецифическая енолаза - 64 нг/мл (0–17 нг/мл); моча на гормоны (адреналин, дофамин в норме): норадреналин - 86,28 мкг/л (при норме менее 59,30 мкг/л); адреналин - 1,90 мкг/л, (при норме < 12,60 мкг/л); норадреналин - 86,28 мкг/л (при норме до 59,30 мкг/л); дофамин — 51,59 мкг/л (при норме до 399,30 мкг/л). Результаты. На приеме ребенок 1 года 7 мес.

Жалобы на переудлинение правой верхней и нижней конечности.

Анамнез заболевания: разницу заметили с рождения, при наблюдении прогрессирует. При осмотре: верхние конечности — длина плеча ($D > S$), длина предплечья ($D > S$). Деформация отсутствует. Движения в суставах безболезненные. Нижние конечности — ходит самостоятельно. Походка не изменена. Длина бедра ($D > S$). Длина голени ($D > S$). Вальгусная деформация на уровне правого коленного сустава. Движения в суставах - физиологическая амплитуда, безболезненные. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 05.06.2020: в области правого надпочечника, по всей его поверхности, несколько оттесняя паренхиму верхнего сегмента почки книзу, плотно прилегая к правой доли печени, не имея четких границ с нею, определяется неправильной формы опухолевидное неоднородное кистозно-мягкотканное образование с нечеткими, неровными контурами с 3 кистозными участками и мягкотканым компонентом, общими размерами $20 \times 33 \times 35$ мм, неоднородной плотности от 33 до 48 ед.Х, после контрастирования - до 129 ед.Х, кистозные участки не меняют свою плотность. Левый надпочечник обычной формы, размеров и плотности. Печень незначительно увеличена (вертикальный размер 83 мм), расположена обычно, имеет ровные, четкие контуры. По остальным органам без патологии. Заключение: КТ-признаки образования правого надпочечника. Гепатомегалия. В динамике: МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с к/у от 29.12.2020. Правый надпочечник с неровными контурами с наличием утолщений в области тела надпочечника до 8×12 мм и латеральной ножки до 7×8 мм, несколько неоднородной структуры, неравномерно накапливающих контраст. Левый надпочечник обычной формы, размеров и плотности. По остальным органам без патологии.

Заключение: КТ-признаки локального утолщения в области латеральной ножки и тела правого надпочечника. Невыраженная забрюшинная лимфаденопатия. Другие уточненные приобретенные деформации костно-мышечной системы. Гемигипертрофия справа, вальгусная деформация н/3 правого бедра.

Таким образом, представлен клинический случай гемигипертрофии справа у ребенка 1 года 7 мес, который представляет интерес по причине редкой встречаемости данной патологии и из-за специфической клинической картины, включающей асимметричный рост конечностей, туловища и лица, аномалии строения скелета.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (СИНДРОМА ПИРСОНА) У 2-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА

Улуханова Л.У.

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала, РФ.

Актуальность. Синдром Пирсона - это мультисистемное митохондриальное заболевание, при котором возникают нарушения кроветворения, недостаточность функций поджелудочной железы и печени. Патология развивается на фоне дупликации (удвоения) или спорадической делеции (потери участка) материнской



мДНК. Синдром проявляется в младенчестве тяжелой анемией, длительной диареей, отставанием в психомоторном развитии.

Цель исследования. Показать клинический случай редкого митохондриального заболевания. Ранее в мире насчитывалось не больше 100 случаев синдрома Пирсона, но по мере усовершенствования диагностических критериев установлена истинная частота встречаемости заболевания - 1 : 5000.

Пациенты и методы. На приеме был ребенок И., 2 года 1 месяц, проживающий за пределами Дагестана, которому при молекулярно-генетическом исследовании в МГНЦ был подтвержден диагноз.

Результаты. Жалобы на приеме (11.12.2021): последние 2 недели отмечаются снижение аппетита, слабость, раздражительность, запах изо рта. Контакт с инфекционными больными отрицают. При осмотре кожные покровы чистые, бледные. Зев спокоен. В легких пуэрильное дыхание, хрипов, патологических шумов нет. Язык влажный, густо обложен. Живот мягкий, несколько вздут. Стул, диурез, со слов мамы, не нарушены. Менингеальных знаков, очаговой симптоматики не наблюдается.

Из анамнеза жизни: ребенок от первой беременности, первых родов, протекавшей, со слов мамы, без особенностей. Брак родственный, троюродный брат по линии матери. Вес при рождении - 3300 г, длина тела - 52 см. Закричал сразу, к груди приложили на вторые сутки. После родов переведен в ОПН на гемотрансфузию, после отмечалось повышение уровня гемоглобина до 140 г/л. Привит только от гепатита В. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Из перенесенных заболеваний - 6 раз ОРВИ в легкой форме.

Анамнез заболевания: со слов мамы, с рождения отмечается анемия, в возрасте 1 мес отмечалась панцитопения, гемоглобин - 78 г/л, тромбоциты - 60 тыс/мкл, лейкоциты - $3,2 \times 10^9/\text{л}$, в связи с чем были госпитализированы по месту жительства. В миелограмме: бластные клетки - 4,7–18%. Раздражение лейкоцитарного ростка, задержка созревания на стадии метамиелоцита, миелоцитарная реакция. Эритроидный росток сужен, гемоглобинизация нарушена. Незначительно расширен мегакариоцитарный росток, дисмегакариоцитопоз. В общем анализе крови снижение тромбоцитов до 60 тыс/мкл.

Миелограмма от 13.01.2020: бластные клетки - 8,0 –20,2%. Гиперплазия гранулоцитарного ростка за счет молодых незрелых форм, диспластические дегенеративные изменения с задержкой созревания до стадии метамиелоцита. Гипоплазия эритроидного ростка. Дисплазия эритроидного и мегакариоцитарных ростков. По данным цитогенетического исследования — кариотип 46, XY. Миелограмма от 27.01.2020: бластные клетки - 6,4–11,2%. Гиперплазия гранулоцитарного ростка (за счет молодых форм). Задержка созревания гранулоцитов на стадии метамиелоцитов. Миелоцитарная реакция. Гипоплазия эритроцитарного ростка. Мегакариоцитарный росток сохранен. Активность фермента В-глюкоцереброидазы не снижена (болезнь Гоше исключена). С 02.03.2020 по 01.04.2020 ребенок госпитализирован в отделение гематологии и ХТ № 1 РДКБ. При иммунофенотипировании костного мозга опухолевые клетки не обнаружены. ДНК парвовируса В19 не выявлена. Данных за гемоглобинопатию, иммунную гемолитическую анемию нет. Уровень иммуноглобулинов в пределах нормы.



Ребенок трансфузионно зависим, трижды проводились заместительные гемотрансфузии. В межгоспитальном периоде ребенок получил препарат ВВИГ (привиджен) 2 г/кг, ответ на терапию не получен. Болезнь Вильсона – Коновалова также исключена. В общем анализе крови сохраняется трехростковая цитопения. Цитогенетическое исследование костного мозга от 22.01.2021 - крайне низкая клеточность. При исследовании методом FISH моносомии/делеции 7 не выявлено. КЩС - лактатацидоз 5,5 ммоль/л. Учитывая повышение уровня сывороточного ферритина до 2943 нг/мл на фоне постоянных гемотрансфузий рекомендована хелаторная терапия деферазироксом в начальной дозе 10 мг/кг/сут до 30 мг/кг/сут с контролем сывороточного ферритина.

Заключение. С учетом того, что с раннего возраста наблюдаются апластическая анемия, лактатацидоз, изменения в миелограмме (повышение уровня кольцевидных сидеробластов до 47%), признаки гепатита (повышение уровня трансаминаз до 2 норм), заподозрена митохондриальная патология — синдром Пирсона. Для подтверждения диагноза кровь ребенка была направлена на молекулярно-генетическое исследование в МГНЦ. Методом ПЦР очень длинных фрагментов (Long-PCR) проведен анализ на ДНК, выделенной из клеток крови и мочевого осадка, на наличие делеций мтДНК в районах, где описано большинство изменений (6380–16567). Выявлена делеция примерно 4500 п.н. в гомоплазмическом состоянии на ДНК, выделенной из клеток крови и мочевого осадка.

По результатам исследования был подтвержден синдром Пирсона. В моче повышена концентрация ряда метаболитов (3-метилглутаровой, 3-метилглутаконовой кислот). Данные изменения могут быть также обусловлены рядом наследственных заболеваний. Синдром Пирсона относится к митохондриальным болезням с быстрым прогрессирующим системным поражением. Специфического лечения в настоящее время не существует. Трансплантация костного мозга устраняет костномозговую недостаточность, однако не влияет на лактатацидоз, который является основной причиной гибели пациентов с этим заболеванием. Таким образом, ребенку показана только симптоматическая терапия.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН С 2016 ПО 2023 гг.

Улуханова Л.У.

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала

Актуальность темы. Паротитная инфекция высоко контагиозная инфекция, контагиозный индекс составляет 50 - 85%. Эпидемическая паротитная болезнь относится к группе детских инфекционных заболеваний, возбудитель высоко контагиозный, характеризуется быстрым распространением среди детей.

Цель исследования: Изучение динамики заболеваемости эпидемическим паротитом в Республике Дагестан с 2016 по 2023 г; проведение анализа охвата вакцинации данной инфекции.

Материалы и методы. Сведения о заболеваемости взяты из отчетных материалов медицинских организаций республики: «Сведения об инфекционных и паразитарных



заболеваниях» (форма № 2), «Медицинская карта стационарного больного», «Отчет о деятельности стационара» (форма № 14),

Результаты исследования. Период с 2007 по 2015 гг. был наиболее благоприятным в Республике Дагестан, но в результате массовых отказов от прививок ситуация стала ухудшаться. В 2016 г.- заболело 148 чел; в 2017 г. -2632.; а в 2015 г.- только 1 больной.

В 2022 г. - 479 сл. против 212 за аналогичный период 2021 г. (рост в 2,2 раза). Из числа заболевших дети до 17 лет –389 сл. (81,2%). В городской местности заболеваемость в 5,9 раза выше, чем в сельской.

За 9 мес. 2023 года по заболеваемости эпидемическим паротитом отмечился рост в 2,1 раз, зарегистрировано за 2023 год –739 сл. Из числа заболевших детей до 17 лет – 544сл. (73,6 % уд. вес. в возрастной структуре). Случаи зарегистрированы на 29-ти административных территориях, на 7-ти с превышением республиканского. В городской местности эпид. процесс проявляется более интенсивно (выше в 2,2 раза!), чем в сельской местности.

Болезнь протекала как с поражением слюнных желез (чаще всего околоушных), так и с одновременным поражением поджелудочной железы, орхита и серозного менингита. В случае менингита больные жаловались на головную боль, тошноту, рвоту. Одновременно наблюдались и менингеальные знаки. Признаки менингита на фоне паротита отмечались на 4-5 сутки. При изучении показателей ЦСЖ выявлялся лимфоцитарный плеоцитоз (до 1000 клеток) с незначительным повышением белка до 0,4г/л. Течение заболевания было гладким, ликвор санировался на 14-16 сутки от начала заболевания. Полное выздоровление отмечалась в 100% случаев. Орхит, на фоне паротита развивался чаще односторонний. Исход болезни у всех был благоприятный.

Результаты серомониторинга выявили высокий процент серонегативных лиц к эпидпаротиту (23%-32,9%), превышающий нормативный показатель почти в 2 раза.

Недостаточный уровень защиты был выявлен в возрастной группе 20-29 лет. Из числа заболевших полный курс иммунизации получили 220 чел. (45,9%), не привитые 259 чел.(55,0%), из них по причине отказов-161 (62,1%), медицинских отводов-15 (5,8%) и с неизвестным прививочным анамнезом 83 чел. (32,0%).

Всего привито по эпидемическим показаниям в 2022г. - 5970 контактных (детей 5087, взрослых 226). Случаи заболевания у привитых лиц в отдаленные сроки после полного курса иммунизации обусловлены угасанием постпрививочного иммунитета, недостаточной биологической активностью вакцины и нарушениями в соблюдении «холодовой цепи» при транспортировке и хранении вакцины.

Таким образом, заболеваемость эпидемическим паротитом сохраняет свою актуальность в республике Дагестан, своевременное проведение вакцинации положительно скажутся на снижение заболеваемости.

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-2019) В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

**Улуханова Л.У., Карнаева Н.С., Гаджимирзаева А.Г., Агаева С.Г.
Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала**

Цель: анализ текущей эпидемической ситуации коронавирусной инфекции COVID-2019 по республике Дагестан за период 2020-2023 гг., используя статистические и эпидемиологические данные заболеваемости за период 2020-2023 гг.

Результаты и обсуждение. В 2020 году максимальный подъем заболеваемости в 1-ю волну отмечался в мае месяце и во 2-ю осеннюю волну—в декабре, которая продолжилась до февраля 2021 года. В 2020 году с начала пандемии циркулировал «уханьский» штамм, а с сентября 2020 года-британского «альфа» штамм. С середины февраля по май 2021 года отмечалось короткое эпидемическое плато. Новая волна в 2021 году с наиболее высоким уровнем заболеваемости регистрировалась с июня по сентябрь —связана с включением в эпид. процесс индийского «дельта» штамма. За 2021г. по республике отмечается снижение заболеваемости на 3,1% относительно 2020г. В январе-феврале 2022г. регистрировалась очередная новая волна с наиболее высоким уровнем заболеваемости с циркуляцией нового штамма «омикрон».

По состоянию на 16.04.2023 г. число зараженных лиц с коронавирусной инфекцией в республике составляет 261752 чел., в т.ч. лабораторно подтвержденных-103992 чел. Наибольшее количество случаев зарегистрировано среди взрослого населения—89,79% (93382 сл.), удельный вес лиц старше 65 лет составляет 21,89% (22757 сл.); среди медицинских работников —4,74% (4803 сл.).

На 15.05.2023г в республику поступило 1880121 доз вакцины от новой коронавирусной инфекции; привито-1773274 (96,5%) чел., в том числе завершили вакцинацию 1595473 (89,1%) чел. Среди детского населения в возрасте 12-17 лет привито 5443 чел. (54,43 %) при плане 10000 детей. Выздоровело—100316. Летальных исходов—3635 человек. Анализ смертности в разрезе возрастных групп выявил основные группы риска: лица в возрасте 50-59 лет -15,12%; 60-64 года -23% и старше 65 лет -55,6%.

Стремительно нарастающие показатели заболеваемости и летальности стали основанием для создания по инициативе Правительства РД экспертной аналитической группы, которая предложила проведение рандомизированного исследования при сравнении статистических данных, поступающих от руководителей городских и районных муниципальных образований с данными медицинских организаций Минздрава РД. Анализ выявил заметные различия в абсолютных и относительных величинах распространенности коронавирусной инфекции. 17 мая пресс-центр Минздрава РД опубликовал статистические данные, согласно которым в Дагестане выявлено 13 697 случаев внебольничной пневмонии (на тот момент в регионе официально было только 3280 больных новой коронавирусной инфекцией).

Погибли от пневмонии (без учета коронавирусной этиологии болезни) 657 человек, в том числе более 70 врачей, которые своевременно не были обеспечены необходимыми средствами индивидуальной защиты. Был выявлен тотальный



дефицит коечной мощности инфекционного профиля, обеспеченности лекарственными препаратами и средствами индивидуальной защиты. В результате в РД были дополнительно перепрофилированы в инфекционные 2572 койки в 20 стационарах (из них 278 коек с искусственной вентиляцией легких, 700 коек с подведенным кислородом)

Таким образом, для успеха эффективности вакцинопрофилактики необходимо как наличие качественных, эффективных и безопасных препаратов, так и внимательное и ответственное отношение врачей и пациентов, их взаимопонимание, соблюдение необходимых правил, рекомендаций. Все эти факторы, собранные вместе, позволят достичь успеха, снизить число заболевших и летальность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Умедов Х.А.

**Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

Цель исследования – оценить клинический опыт применения многоэтапной хирургической активной тактики лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями печени.

Материал и методы. В отделении хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за 2012-2022 гг. оперировано 130 пострадавших с травмой печени.

Из них у 25 (19,2%) пострадавших с тяжелыми травмами печени IV и V степени повреждения по Е.Мооре. Эффективность многоэтапной тактики оценивалась по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Результаты исследований. Были проанализированы результаты хирургического лечения 25 пациентов с массивными травмами печени, в возрасте от 18 до 50 лет, средний возраст 26 лет. Мужчин было 16, женщин – 9. Средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS составила 34 балла (17-76), по Е.Мооре IV и V степени повреждения. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750-3850 мл). Все пациенты перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой (пленкой) тампонадой, среднее число операций на 1 человека 3 (2-5), ушивание раны печени с тампонадой (14), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койко/день в отделении реанимации – 13 (3-16), средний койко/дней в клинике 25 (3-28). Летальность составила 24,0% (6 из 25), в основном гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Результаты. Повреждения печени, при которых применялась многоэтапная хирургическая тактика типа «damage control», мы квалифицировали следующим образом.

1-й вариант – тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2-х литров (у 16 больных).

2-й вариант – проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов (у 4).

3-й вариант – сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости (у 5).

Критерии к применению многоэтапного лечения тяжелой категории пострадавших явилось наличие 3-х из 5 признаков:

- 1 – интероперационная гемотранфузия 2 более литров;
- 2 – нестабильность пострадавшего;
- 3 – гипотермия (t в пищеводе $\leq 340C$);
- 4 – развитие ДВС-синдрома;
- 5 – повреждения печени и других органов с массивным кровотечением.

Выводы. Многоэтапная хирургическая тактика «damage control» при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности. Необходимым компонентом на завершающем этапе хирургического вмешательства является интестинальная декомпрессия с целью проведения энтерального зондового питания для коррекции гиперматоблизма и профилактики вторичных системных осложнений, связанных с возникающей энтеральной недостаточности.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

**Умедов Х.А.,
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП.**

Цель исследования. Улучшение результатов лечение эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечного кровотечения у тяжелообожженных.

Материалы и методы. С целью подавления желудочной секреции мы применяли анацидные препараты у 106 больных: у 17 (16,0%) - блокатор m_1 -холинорецепторов (гастроцепин), у 87 (82,1%) - блокаторы H_2 -рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин, гистодил, зантак, квамател) и у 2 (1,8%) - блокаторы протонной помпы (омез).

Результаты. На любом этапе лечения обожженных при выявлении клинических или эндоскопических признаков кровотечения из острой язвы, риска его развития (тромб-сгусток, сосуд-столбик), отрицательной динамики в состоянии острых изъязвлений (расширение или углубление острой язвы), особенно у больных с язвенным анамнезом (группа риска), для полного подавления гиперхлоргидрии показано внутривенное применение ингибиторов протонной помпы для полного подавления желудочной секреции до ликвидации угрозы массивного кровотечения (под контролем ЭГДФС). В наших наблюдениях массивное ЖКК, потребовавшее эндоскопической остановки, развилось на фоне анацидной терапии у 9 больных и у одного пациента, переведенного из субфилиалана 8 сутки, без применения анацидных препаратов. С целью остановки продолжающегося артериального кровотечения у 7 больных и с целью профилактики рецидива кровотечения у 3 больных была выполнена эндоскопическая инфильтрация 70% спирта (2,5-5 мл) и раствора

адреналина 0,1% 1-2 мл из 3-5 точек в окружности острой язвы или под сгусток. Гемостаз был эффективен у 5 из 7 больных с продолжающимся кровотечением и в 3 случаях угрозы рецидива. 2 больных были оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и продолжающимся кровотечением, произведено прошивание кровоточащего сосуда в дне острой язвы желудка (1) и 12-перстной кишки (1). У одного больного после остановки кровотечения наступила перфорация острой язвы 12-перстной кишки, также потребовавшая оперативного лечения. Таким образом, у 10 больных развилось массивное кровотечение из острой язвы, потребовавшее эндоскопической остановки кровотечения, профилактического обкалывания сосуда в дне язвы при угрозе рецидива кровотечения или хирургического вмешательства.

Выводы. Патогенетически обоснованным методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопическая остановка на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ

Умедов Х.А.

**Самаркандский государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал РНЦЭМП,**

Цель. Улучшить результаты диагностики и лечения при повреждениях печени путём использования эндовидеолапароскопией

Материалы и методы. Настоящая работа основана на данных обследования и лечения СФРНЦЭМП за 2012-2021 г у 40 пациентов, у которых имелось подозрение на повреждение печени. Мужчин было 27 (72,9%), а женщин 13 (27,1%). При этом подавляющее большинство больных-лица наиболее трудоспособного возраста: от 22 до 45 лет (88,9%). Причинами травмы были: дорожно-транспортное происшествие у 18 (48,6%), удар в живот тупым предметом 15 (40,5%), падение с высоты у 4 (10,9%) больных. Из 40 пострадавших 18 (43,2%) поступили в состоянии алкогольного опьянения. До 3 часов с момента травмы поступило 24 (56,7%) пострадавших, от 4 до 12 часов – 16 (43,3%) человек. Для диагностики повреждений печени использовались: анамнез, клинико-лабораторные, УЗИ, рентген, КТ и малоинвазивного метода как экстренная видеолапароскопия

Результаты. При поступлении из 40 человек у 13 (29,7%) пострадавших клиническое проявления шока отсутствовали. Первая степень шока диагностирована у 21 (62,2%) и вторая степень выявлена у 6 (8,1%) пострадавших. Ориентировочно о степени гемодинамических нарушений судили по соотношению ЧСС и уровня артериального давления (индекс Альговера)

У 27 больных (48,6%) повреждения печени сочеталось с повреждениями других органов брюшной полости (сальник, брыжейка, желчный пузырь).

Принципами реализации видеолапароскопической диагностики являлось: установление наличия гемоперитонеума, повреждений органов и гематом в органах и забрюшинном пространстве.

Виды эндовидеолапароскопических вмешательств у наших больных были следующие:

- лапароскопическая электрокоагуляция ран печени, санация и дренирование брюшной полости - у 15 (35,2%);
- электрокоагуляция раны и фиксации к ней сальника - у 13 (29,7%) больных;
- диагностическая лапароскопия (повреждение отсутствует) – 9 (32,4%);
- конверсия у 3 (2,7%)

Лапароскопический вмешательства производит при локализации и повреждение в области 2,3,4,5,6 (у 23 больных) и частично 7-8 сегментов (у 3 больных). По Moore I- II и III степени. Основным условиям выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 350-400 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и обильного кровотечения из ран печени. Производили тщательную её электрокоагуляцию, до образования сплошного струпа на раневой поверхности (у 13). При глубине раны более 1,5 см, её тампонировали прядью большого сальника, которую прикрепляли к капсуле печени клипсами (у 11 больных). Далее производили повторную ревизию и санацию брюшной полости, и к ранам печени подвели 1-3 дренажа. У 2 больных под капсульным гематом, их вскрывали и затем производилась коагуляция.

Выводы. По нашим данным удалось избежать напрасных лапаротомий в 13 (32,4%), и основными условиями выполнения лапароскопических вмешательств является объём гемоперитонеума до 250-500 мл, отсутствие в брюшной полости кишечного содержимого и активного кровотечения из ран печени.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В КЛИМАТОПОГОДНЫХ УСЛОВИЯХ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА (ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ)

**Умурзакова Г.И., Мамасалиев Н.С., Каландарова Г.К., Усмонов Б.У.
Андижанский государственный медицинский институт, АФ РНЦЭМП,
Узбекистан Ошский государственный университет, Кыргызстан**

Цель исследования - изучить распространенность и региональные особенности формирования мозгового инсульта в климатопогодных условиях г.Оша Кыргызстана.

Материал и методы исследования: Мы провели поперечное исследование с использованием данных отделения неврологии Ошской клинической больницы. Изучили эпидемиологический показатель распространенности и частоту ишемического инсульта по годам среди мужчин и женщин в климатопогодных условиях Кыргызстана

Результаты исследований: По результатам исследования было выявлено 286 больных с ишеми- ческим инсультом в течение 2016-2019 г, из них 162 - среди мужчин и 124 - среди женщин. Изучение эпидемиологических показателей распространенности ишемического инсульта показало, что ишемический инсульт достоверно чаще встречается у мужчин (56,6%), чем у женщин (43,4%); $P < 0,05$. Как оказалось, на старте исследования в 2016 году среди женщин распространенность ишемического инсульта была достоверно выше (58,2%), чем среди мужчин (41,8%) $\geq$



18-90 ($p < 0,05$). В последующие годы отмечался достоверный рост этого показателя у мужчин, а у женщин отмечалось тенденция снижения частоты распространенности ишемического инсульта от 43,1% (2017г.) и 39,2% (2018г.) до 32,9% (2019г.), т.е. на 19,2% ($p < 0,05$). Распространенность ишеми- ческого инсульта в годы обследования, , среди мужчин и женщин в целом, с различием опреде- ляется в следующих уровнях: в 2016г.-по 41,8% и 58,2% ($p < 0,05$), в 2017г. - по 56,9% и 43,1% ($p < 0,05$), в 2018г.-по 60,8% и 39,2% ($p < 0,05$), в 2019г.-по 67,1% и 32,9% ($p < 0,01$). Наблюдается существенно значимый прирост частоты рапспроstrаненности ишемического инсульта у мужского населения-от 41,8% до 67,1%,т.е. в 1,6 раза или на 25,3% ($p < 0,01$).

Заключение. Выявление и оценка таких данных в регионах страны крайне необходимо, во-первых, для мониторингирования эпидемиологических условий/ситуаций в отношении острых и хронических ЦВЗ/МИ и, во-вторых, для создания региональной дифференцированной системы борьбы с “твердыми конечными точками”, связанной с МИ, с получением необходимого “при- цельного диагностического, предиктивного, превентивного, лечебного и неврологического инструмента”.

ЦЕНТИЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ.

Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Раннее выявление случаев артериальной гипер-и гипотензии у школьников, раскрытие причин, способствующих и манифестирующих их факторов, необходимо для построения научнообоснованной долгосрочной системы профилактических и лечебно-реабилитационных мер (. Калоева З.Д. 1993, . Кушнир С.М., 2003, . Панков Д.Д., 2005)

По рекомендации ВОЗ для оценки нарушений сосудистого тонуса на популяционном уровне, приемлем лишь центильный анализ распределения АД [9]. Имеющиеся данные по центильной характеристике АД сельских школьников в нашем регионе (Тургунов К.И., Тошбоев О.С., 1997), требует пересмотра и обновления в связи с давности проведенного исследования.

Целью данной работы явилась разработка центильной характеристики АД для сельских школьников в возрасте 11-15 лет и их сравнительный анализ с данными предыдущего исследования.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ одного из районов Андижанской области

Республики Узбекистан, в которых в момент исследования обучались 15235 детей в возрасте 11-15 лет. Обследованы 1505 школьников обоего пола (729 мальчиков, 776 девочек), что составила 10% - ой выборки популяции. Число наблюдений в возрастно-половых группах детей колебалось от 137 до 203. У каждого ребенка измеряли систолическое (АД) (САД) и диастолическое АД (ДАД) по стандартной методике National High Blood Pressure Education Program (A Working 1996),

требующие определенные условия при измерении АД - времени, частоты измерения, эмоционального статуса обследуемых и др., с учетом региональных особенностей физического и полового развития (Шомирзаев Н.Х., Тен С.А., Тохтаназарова Ш.И., 1998).

Результаты исследования и их обсуждение.

Центильная характеристика показателей САД и ДАД у школьников в возрасте 11-15 лет с учетом их пола представлена в таблице. Данные таблицы свидетельствуют, что 50-центильное распределение САД у мальчиков в возрасте 11-15 лет колеблется от 104 до 114 мм.рт.ст., а у девочек - 104-116 мм.рт.ст. В возрасте 13-15 лет этот показатель у девочек на 2-6 мм.рт.ст. выше ($P<0,01$), чем у мальчиков. Установлено, что у девочек в возрасте 12-15 лет нижний пороговой уровень САД (5-центиль) увеличен на 4-8 мм.рт.ст. ($P<0,05$), чем у мальчиков. Аналогичная закономерность выявлялась и по верхнему пороговому уровню САД (95-центиль), т.е., этот показатель также увеличен на 6-12 мм.рт.ст. ($P<0,05-0,01$) у девочек в возрасте 11-13 лет. Медиана (50-центиль) распределена ДАД у мальчиков и девочек в возрасте 11-15 лет существенно не различалась между собой ($P>0,05$), однако у девочек по сравнению с мальчиками с 13 лет нижний 5-кривой распределения ДАД увеличена на 6-10 мм.рт.ст. ($P<0,05$). Сравнительное изучение показателей САД на уровне 50-центильного распределения, полученных в ходе настоящего исследования соответственно у мальчиков в возрасте 11-14 лет (104,106,108,110 мм.рт.ст.) и девочек (104,108,114,114 мм.рт.ст.), по сравнению соответственно с двадцатилетней давности показал об их увеличении на 8-16 мм.рт.ст. ($P<0,05-0,01$), соответственно у мальчиков (92,94,96,98 мм.рт.ст.) и у девочек (96,98,98,98 мм.рт.ст.). При этом наибольшее увеличение САД у мальчиков происходило в возрасте 11-13 лет (в среднем на 12 мм.рт.ст.), а у девочек в возрасте 13-14 лет (в среднем на 16 мм.рт.ст.). Такая тенденция выявлялась и в значениях ДАД соответственно у мальчиков (70,70,72,72 мм.рт.ст, против 56,58,60,62 мм.рт.ст) и девочек (72,72,74,76 мм.рт.ст., против 54,56,58,62 мм.рт.ст), т.е. выше на 10-14 мм.рт.ст. у мальчиков ($P<0,01$) и 14-18 мм.рт.ст у девочек ($P<0,001$). При этом наибольшее увеличение 50-центильного распределения ДАД у мальчиков (14 мм.рт.ст.) и девочек (на 18 мм.рт.ст.) выявляется в возрасте 11 лет.

Вывод. Таким образом, изучение АД по его центильной шкалы у сельских школьников, позволяет выявить их возрастно-половых различий в возрастном этапе 11-15 лет. В ходе исследования также выяснилось, что у современных школьников имеет место гипертензивная направленность в уровнях АД, что видно по увеличении нижних и верхних пороговых его уровней, чем данные аналогичного исследования двадцатилетней давности.



СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У РОЖЕНИЦ ПРИ КРУПНОЙ МАССЕ ПЛОДА.

Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема здоровья плода и новорожденных с большой массой тела (≥ 4000 г) остается малоизученной областью неонатологии и педиатрии (Воронцов И.М., 2004). Актуальность данного вопроса обусловлена в первую очередь высокой частотой осложненных родов, интранатальных потерь и повреждений новорожденных (Каримова Д.Р., Мамадазимова Ф.Д., 2006, Негмаджанов Б.Б. и соавт., 2005, Мыльникова Ю.В. и соавт., 2010). Улучшение антенатальной диагностики плодов с большой массой тела привело к возрастанию частоты кесарева сечения (26-40%), причем без заметного снижения частоты дистоции плечиков и повреждения плода (Савельева Г.М., 2008, Чернуха Е. А., 1998, Baulet S.L., et al, 2003). Эти и другие литературные предпосылки вызывают необходимость более углубленного изучения механизмов развития и рождения детей с большой массой тела. Цель исследования. Изучение исходов родов для матери и плода при большой массе тела последнего.

Материал и методы исследования. Для решения данной цели нами проведен анализ материала 7458 истории родов и новорожденных, родившихся в 2010 году в перинатальном центре Андижанской области. Масса тела новорожденных варьировала от 500 до 6500 граммов. Доля новорожденных с массой тела ≥ 4000 г составила 592 (7,94%), соответственно 382 мальчиков и 210 девочек при их соотношении 1,82:1,0. Для ретроспективного и проспективного анализа данных отобрали 84 новорожденных с большой массой тела, контролем служили данные 80 детей с нормальной массой тела (2800-3999 гр). Были изучены данные объективных исследований рожениц (УЗИ-фетометрия, доплерометрия сосудов МПК и ППК), биофизический профиль плода с учетом анте и интранатальной кардиотокографии (КТГ), данные новорожденных (клинико-неврологическая оценка состояния, антропометрия). Материал обработан непараметрическим способом (ТМФ) с угловым преобразованием (ϕ) для относительных величин (Лакин Г.Ф., 1990) на программе Microsoft office XP (Excel, 2003).

Результаты исследования и их обсуждение. Нами установлено, что матери новорожденных с большой массой тела и контрольной группы статически не различались по количеству перво – ($29,8 \pm 4,99\%$ против $28,8 \pm 5,1\%$ контрольного, $P > 0,05$) и повторнородящих ($70,2 \pm 4,99\%$ и $71,2 \pm 5,1\%$, $P > 0,05$). При этом среднее количество родов в обеих группах рожениц ($2,34 \pm 0,009$ и $2,58 \pm 0,008$, $P > 0,05$) также статистически не различались. По среднему возрасту ($25,8 \pm 0,04$ и $25,1 \pm 0,39$ лет), обе группы рожениц также были сопоставимыми ($P > 0,05$). Роженицы основной группы, по сравнению с контрольной, имели большой срок беременности ($39,9 \pm 0,15$ против $39,4 \pm 0,11$ нед, $P < 0,01$), масса ($73,9 \pm 0,87$ против $65,0 \pm 1,14$ кг, $P < 0,001$), длина тела ($16,9 \pm 0,80$ против $157,9 \pm 1,17$ см, $P < 0,001$), индекс Кетле ($27,2 \pm 0,31$ против $26,0 \pm 0,04$ усл. ед, $P < 0,001$). Результаты анализа течения родов выявили значительную его отягощенность у рожениц основной группы. Так, у них часто выявляются дородовое

или раннее излитие околоплодных вод (27,4% против 15,0% контрольного, $P<0,0025$), повреждения мягких тканей промежности ($22,6\pm$ против 5,0%, $P<0,001$), дистоция плечиков (13,4% против 3,75, $P<0,013$), отслойку нормально расположенной плаценты (25,0% против 10,0%, $P<0,001$), высокая частота признаков преэклампсии (66,7% против 45,0% , $P<0,002$), фоновых и экстрагенитальных заболеваний (72,8% против 60,0%, $P<0,002$), анатомического и функционального узкого таза (10,7% против 2,5%, $P<0,015$), что явилось показанием к проведению эпизео- и перинеотомии (14,3% против 3,75%, $P<0,006$), акушерских щипцов и вакуум экстракции (7,14% против 2,5%, $P>0,05$), планового и экстренного кесарево сечения (22,6% против 8,75%, $P<0,006$). Неблагоприятным исходом родов также явилась высокая частота гипоксии плода (34,5% против 22,5%, $P<0,043$) и асфиксии новорожденных (45,2% против 30,0%, $P<0,021$). Вывод. Таким образом, состояние здоровья и течение родов у рожениц с крупным плодом значительноотягощены, в связи с концентрацией пре- и перинатальных факторов риска, способствующих высокой травматизации матери и плода. Эти данные требуют углубленного изучения здоровья новорожденных, родившихся с большой массой тела в проспективном плане.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

**Усманов Б.Б., Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования – изучить клинические параметры заболевания у больных с микроваскулярной стенокардией.

Материал и методы исследования. Проведено исследование больных, находящихся на стационарном лечении в Андижанском филиале РСНПМЦ кардиологии РУз, с болями в грудной клетке с выполненной КАГ, из которых отобраны лица с неизмененными коронарными артериями (КА) и болями в грудной клетке, у которых выявлена МВС (54 чел.). Диагноз МВС устанавливался в соответствии с Европейскими рекомендациями по стенокардии (ESC, 2021). Средняя продолжительность наблюдения составила $3,0\pm 1,1$ года.

Результаты исследования. Среди пациентов с МВС преобладали женщины – 43 (79,6%) человека, лишь незначительную часть составляли мужчины – 11 (20,4%) пациента. Возраст больных варьировал от 39 до 70 лет (средний возраст $56,4\pm 7,8$ лет). Среди пациентов с МВС большинство составляли женщины в постклимактерическом периоде – 45 (83,3%).

Только 15 пациентов (27,8%) имели нормальный вес, остальные 39 (72,2%) – повышенный индекс массы тела или ожирение 1 ст., у 40 (74,1%) больных наблюдалась дислипидемия. Следует обратить внимание, что среди пациентов с МВС не было курильщиков, в том числе – анамнестически. Две трети пациентов с МВС имели отягощенную наследственность по ИБС или по ГБ.

Длительность заболевания составила от 1 до 10 лет, в среднем – $5,6\pm 0,9$ лет. Большая часть пациентов с МВС (70,4% – 38 человек) указывали на то, что

заболевание возникло после различных психотравмирующих ситуаций. У 4 человек (7,4%) в анамнезе были указания на перенесенный передний не Q-ОИМ. Из сопутствующей патологии чаще всего наблюдались: заболевания желудочно-кишечного тракта (46 – 85,2%) и патология щитовидной железы (16 – 29,6%) – диффузный и узловой зоб (на момент обследования у всех было состояние эутиреоза). При оценке психологического статуса оказалось, что по данным госпитальной шкалы депрессии и тревоги HADS у пациентов тревога встречалась у 24 (44,4%), депрессия у 12 (22,2%) пациентов. По шкале депрессии Бека умеренная степень депрессии отмечалась у 11 (20,4%) пациентов, выраженная – у 4 (7,4%) больных с МВС. Анализ шкалы Спилбергера-Ханина показал, что высокий уровень ситуационной и личностной тревожности отмечается у 17 (31,5%) и у 16 (29,6%) больных с МВС соответственно. Результаты шкалы интроверсии Айзенка выявили, что 11 (20,4%) больных с МВС – интроверты, 23 (42,6%) пациента имеют средний балл сочетание характеристик интроверсии и экстраверсии. Все 54 пациента предъявляли жалобы на боли в грудной клетке, однако, болевой синдром имел ряд следующих особенностей. У 39 (72,2%) больных наблюдалась вариабельность длительности болевого синдрома: боли могли длиться от 2-4 до 15-20 минут. у 11 (20,4%) больных имела место изменчивость переносимости ФН: иногда боли возникали при небольшой ФН, иногда переносимость ФН была хорошей. почти у половины пациентов (26 – 48,1%) эффект нитратов также был изменчив: у одного и того же пациента короткодействующие нитраты могли подействовать как через 1-2 минуты, так и через 10-15 минут. У 20 (37,0%) больных наблюдались боли в покое. До включения пациентов в исследование больные получали: дезагреганты – 54 (100,0%); β-блокаторы – 32 (59,3%); ингибиторы АПФ – 37 (68,5%); антагонисты кальция – 9 (16,7%); нитраты – 39 (72,2%), статины – 18 (33,3%) человек. В ходе наблюдения была произведена коррекция терапии: статины назначены всем пациентам с дислипидемией, из антиингинальных средств использовались, преимущественно, β-блокаторы, что позволило уменьшить использование пролонгированных нитратов до 42,8%. Всем 100% больным рекомендовано продолжить прием дезагрегантов и для коррекции АД по показаниям назначались ингибиторы АПФ. Одновременно, больным была назначена седативная терапия.

Вывод. Таким образом, болевой синдром при МВС не носит столь очерченный характер, как при стенокардии напряжения, вследствие атеросклеротического поражения КА. По нашему мнению, такая вариабельность болевого синдрома может быть обусловлена микроваскулярными нарушениями.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОТКРЫТЫХ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Б.С Усманов, Н.И.Махмудов, Х.Р Дадабаев,
Ферганский филиал РНЦЭМП**

Использование средств оптического увеличения в экстренной хирургии открытых тяжелых травм конечностей позволяет выполнить адекватную хирургическую



обработку ран, максимально точно сблизить края сосудистого анастомоза, уменьшить число тромбозов, тем самым, снизить количество гнойно-некротических осложнений в послеоперационном периоде.

В отделении экстренной сосудистой хирургии ФФРНЦЭМП за период с 2019 по 2023 гг. оказана помощь 1604 больным с открытой травмой верхних конечностей в условиях нарушенного кровообращения. У 104 (6.5%) больных отмечена травма плеча, у 716 (44.6%) - предплечья, у 784 (48.9%) пострадавших травма кисти. При поступлении оценивалось общее состояние пострадавших, тяжесть и сроки ишемии конечности, характер травмы. Диагностика повреждения сосудов и ишемии конечности основывалась на клинических данных и ультразвуковой доплерографии. При анализе оказания первичной хирургической помощи в других лечебных учреждениях у 102 (6,4 %) больных были выявлены диагностические, тактические и технические ошибки: поздняя диагностика повреждения артерий, а при его выявлении – во всех случаях неоправданная перевязка сосудов, транспортировка без иммобилизации конечности. Хирургическая тактика была следующей: наряду с противошоковыми мероприятиями производили остеосинтез переломов костей штифтами или спицами в зависимости от уровня травмы, восстановление поврежденных сосудов, сухожилий и нервных стволов, кожная пластика при дефектах. Для укрытия кожных дефектов чаще использовалась «утильная кожа», пластика по Парину, реже – лоскуты на питающей ножке с живота. 25 пострадавшим с полными и неполными травматическими отчленениями крупных сегментов верхних конечностей выполнены следующие виды операции: реплантации в 17 (68%) случаях, реваскуляризации – в 10 (40%), формирование культи – в 8 (32%) случаях. Показаниями к первичной ампутации явились тяжелые травмы с обширными дефектами костей, мягких тканей, в том числе сосудисто-нервного пучка (нецелесообразность и невозможность реваскуляризации). Всем больным с открытыми тяжелыми травмами верхней конечности оперативные вмешательства произведены с использованием оптического увеличения и микрохирургической техники. У 1529 (95,3%) пациентов раны зажили первичным натяжением, у 75 (4,6%) больных в послеоперационном периоде отмечены септические осложнения: поверхностные нагноения – у 25 (33,3%), некроз кожи – у 50 (66,7%) пострадавших. Причиной инфекционных осложнений явились позднее проведение хирургической обработки ран, повторные вмешательства с целью восстановления кровообращения. В связи с некрозом кожи в 50 случаях пришлось прибегнуть к кожной пластике расщепленным лоскутом – у 40 (80%) и полнослойными местными тканями – у 10 (20%) пациентов. Для улучшения результатов лечения больных с тяжелыми открытыми травмами верхних конечностей, по нашему мнению, необходимо госпитализировать пострадавших в специализированные учреждения, оснащенных средствами оптического увеличения; обязательное восстановление поврежденных сосудов для профилактики некротических осложнений ран. Подобная тактика лечения позволила нам получить положительный результат у 95 % больных. На основе изучения результатов лечения больных с открытой тяжелой травмой верхних конечностей нами сделаны следующие выводы: Ведущим фактором, способствующим возникновению гнойно-некротических осложнений ран, является нарушенное кровообращение в конечности. Использование средств оптического

увеличения при открытых тяжелых травмах конечностей позволяет максимально точно сблизить края сосудистого анастомоза и уменьшить число тромбозов, тем самым, снизить количество гнойно–некротических осложнений в послеоперационном периоде.

РОЛЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТЕРИОЗА В РАЗВИТИИ ГИПЕРТЕЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Усманова М.Д.1, Якубова О.А. 1, Насирова Ф.Ж. 1
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. Около 2 миллиардов человек в мире страдают от заболеваний щитовидной железы, связанных с дефицитом йода, что делает эту проблему значимой как в медицинской, так и в социальной сферах. Йод необходим для адекватного функционирования щитовидной железы, синтеза гормонов трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4), которые влияют на развитие и функционирование всего организма. Исследования в этой области особенно важны для регионов, таких как Ферганская долина и Андижанская область, где дефицит йода является эндемической проблемой, а регистрация случаев преэклампсии и гестационной гипертензии показывает тенденцию к увеличению. Целью данного исследования было определение предикторов, которые повышают риск развития гипертензии у беременных женщин. Важной составляющей исследования было изучение связи между гормонами щитовидной железы и другими факторами, способствующими развитию гипертензивных состояний у беременных. Методология исследования заключалась в следующем: Исследование, организованное как кейс-контрольное с ноября 2022 по апрель 2023 года, проводилось в Андижанском областном перинатальном центре, специализирующемся на ранних и осложненных беременностях. Данные собирались из медицинских карт и опросов, включая доплерометрию и анализ гормонов щитовидной железы. Анализ данных проводился с использованием программы R и включал статистические тесты, как критерии Хи-квадрат, Шапиро и Краскела-Уоллиса. Результаты исследования. Из 294 опрошенных беременных женщин, находившихся в Андижанском областном перинатальном центре, 272 образца крови были подходящими для анализа. Анализ показал статистически значимое влияние возраста и образования на риск развития преэклампсии, в то время как образ жизни, место проживания, семейное положение, национальность и занятость не оказали статистически значимого воздействия. Наличие синдрома отставания роста плода в предыдущей беременности, рубец на матке, лечение от бесплодия, лечение во время беременности оказались статистически значимыми. Заражение коронавирусом во время беременности и наличие операций в анамнезе потеряли значимость после корректировки. В исследовании была обнаружена статистически значимая связь между такими симптомами, как усталость, отеки, выпадение волос, метеоризм, агрессивность, сухость кожи, ожирение, головная боль, ломкость ногтей и риском преэклампсии. Анализ показал статистическую значимость уровня гемоглобина в крови, а также различных гормонов щитовидной железы, таких как общее Т3, тиреоглобулин,



свободный Т3, анти-тиреоглобулин, анти-ТПО (тиреопероксидаза) и ТТГ (тиреотропный гормон). Гормон свободный Т4 не был статистически значимым. Выявил корреляции с риском преэклампсии, связанные с уровнем образования, состоянием кожи, размером щитовидной железы, наличием отеков, возрастом и интервалом между родами, а также уровнем анти-тиреоглобулина и степенью анемии. В заключении исследования отмечается, что оно способствует лучшему пониманию факторов риска и защитных факторов гипертензии у беременных, подчеркивая многофакторный характер этого состояния. Полученные данные могут быть использованы для разработки мер по профилактике и лечению гипертензивных состояний у беременных женщин.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Усмонкулов Маъруфжон Кодирович, Болтаева Нилуфар Комил кизи
Самаркандский государственный медицинский университет, студент 201-
группы лечебного факультета №1, студент 321-группы лечебного факультета
№2,

Актуальность. Свищи прямой кишки – одно из самых частых проктологических заболеваний. Однако до сих пор вопросы диагностики, классификации и лечения этого заболевания полностью не разрешены и нередко становится предметом дискуссий. Лечение свищей прямой кишки остается сложной задачей из-за опасности частого возникновения рецидива заболевания — от 4,7 до 60%. Радикальные методы лечения излишне травматичны и приводят к формированию выраженных рубцовых изменений в структурах анального канала, что сопровождается высоким риском развития недостаточности анального сфинктера — до 83%. В настоящее время в литературе встречается все больше методов, в которых с целью устранения дефекта ткани и улучшения регенерации с высокой эффективностью используются различные виды имплантов. Применение коллагеновых имплантов позволяет снизить травматизацию волокон сфинктера, тем самым сводить к минимуму развитие недостаточности последнего. Исключение развития послеоперационной анальной инконтиненции является приоритетной задачей в лечении экстрасфинктерных свищей прямой кишки.

Среди заболеваний прямой кишки на долю свищей приходится 19,1%, а в группе проктологических больных трудоспособного возраста этот показатель колеблется от 6,1 до 22,4 %. Цель исследования: Повышение эффективности лечения больных по поводу сложных СПК на основе дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства. Разработка диагностики и эффективных способов хирургического лечения свищей прямой кишки с применением глухого шва.

Материалы и методы исследования: В проктологическом отделении клиники СамГМУ прооперированы 1078 больных с различными формами параректальных свищей в период 2012-2023 г.г. Из них 760 (70,5%) мужчин. Значительный процент составили больные в возрасте 21-30 лет. Это объясняется характером работы и отсутствием гигиенических условий. У 80 (7,4%) больных возникновение и



сформирование свища прямой кишки было следствие самопроизвольно-вскрывшегося и нелеченного острого парапроктита и частых обострений воспалительного процесса. 830 больным с целью определения сложности свищевого хода 672 больным произведена фистулография, 158 больным компьютерная томография 158 больным, всем больным зондирование свищевого хода во время операции. Из 1078 больных со свищами прямой кишки интрасфинктерные наблюдались у 248 (23 %), трансфинктерные (самая частая форма) - у 672 больных (62,3%) и сложные экстрасфинктерные – у 158 (14,7%).

Оперативное лечение было применено нами у всех наблюдавшихся больных со свищами прямой кишки. Показаниями к операции явились наличие свища прямой кишки и выделение гноя из прямой кишки при неполных внутренних свищах. Вопрос о сроках оперативного вмешательства решался индивидуально в зависимости от времени вскрытия острого парапроктита, общего состояния больного. Из 1078 больных рассечение свища в просвет прямой кишки с иссечением свищевого хода произведено у 247 с интрасфинктерным свищом, иссечение свища с ушиванием дна и восстановлением сфинктера – у 671 с трансфинктерным свищом, иссечение свища с ушиванием культи и дозированной сфинктеротомией – у 158 с экстрасфинктерным свищом.

Результаты. Использование глухого шва на рану после иссечения трансфинктерных свищей способствует более быстрому заживлению раны, уменьшению сроков пребывания больных в стационаре до 8-10 дней и тем самым улучшению реабилитации больных.

Оперативные вмешательства по поводу свища прямой кишки сопряжены с возможностью возникновения осложнений, ухудшающих результат лечения. Послеоперационный период у наблюдавшихся нами больных отличается благоприятным течением, лишь у 6 больных отмечен рецидив заболевания.

Вывод: При трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки обследование пациента необходимо обязательно дополнять фистулографией, компьютерной томографией, ультрасонографией, а так же определением функции сфинктеров заднего прохода. Эти исследования важны для дифференцировки хронического парапроктита от других заболеваний, являющихся возможной причиной развития свищей.

Раннее обращение больных, своевременная диагностика и адекватное по объёму оперативное вмешательство, радикальное лечение острого парапроктита с одновременной ликвидацией внутреннего отверстия предупреждают развитие осложнённых форм заболевания. Наложение кожных швов на рану уменьшает гнойные осложнения в послеоперационном периоде и сокращает пребывание больных в стационаре на 5-6 дней.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Усмонкулов Маъруфжон Кодирович, Болтаева Нилуфар Комил кизи
Самаркандский государственный медицинский университет, студент 201-
группы лечебного факультета №1, студент 321-группы лечебного факультета
№2,

Актуальность. Классификации неполных внутренних свищей прямой кишки в настоящее время не существует, так как их не выделяют в отдельную нозологическую форму, что, по нашему мнению, связано с терминологической «прорехой». В отечественной хирургической практике используют классификацию, предложенную А.Н. Рыжих в 1956 г., в которой в зависимости от отношения к волокнам наружного сфинктера свищи прямой кишки делят на интрасфинктерные, или подкожно-подслизистые, трансфинктерные и экстрасфинктерные. Выделяют также неполные (есть только внутреннее отверстие) и полные (наличие наружного и внутреннего отверстий) свищи прямой кишки.

Цель исследования является улучшение результатов лечения больных со свищами прямой кишки путем оптимизации методов диагностики и выбора объема операции.

Материал и методы. Основу клинического материала составили данные медицинских карт 254 пациентов с свищами прямой кишки, пролеченных в клиники СамМГУ отделении колопроктологии за период с 2017 по 2023 год. Возраст больных 16-64 лет, женщин-183, мужчин-71. Для изучения и сравнения результатов лечения, все пациенты были распределены на следующие группы:

I- контрольная группа была представлена 37 пациентами, которым была проведена стандартная, традиционная терапия, II-основная группа была представлена 217 больными, при лечении которых были использованы новые подходы диагностики и лечения больных со свищами прямой кишки. В предоперационном периоде все пациенты проходили специальный комплекс обследования, включающий: сбор жалоб и анамнеза, наружный осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, зондирование, пробу с красителем, ректороманоскопию, фистулографию в двух проекциях. По статистике, примерно 92% больных со свищами прямой кишки

Возраст	Мужчин	Женщин	Общее число
16-21	14	49	63
22-31	27	78	105
32-41	17	37	54
42-51	4	7	11
52-64	7	9	16
старше 64 лет	2	3	5

итого

71

183

254

связывают начало заболевания ранее перенесенным острым парапроктитом.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Форма наружного отверстия, отверстий свища и расстояние от края ануса не являются показателем глубины прохождения свищевых ходов. Иногда свищ, наружное отверстие которого отстоит относительно далеко от края ануса, проходит под кожей и наоборот, свищ, расположенный вблизи ануса, может идти параллельно стенке прямой кишки и проникать вглубь сфинктера. Важен, хотя и непостоянен, такой признак, как прощупывание свищевых ходов под кожей. Наличие такого подкожного “шнура” обычно характерно для неглубоких подкожных интра- и трансфинктерных свищей. При длительном существовании свища иногда вокруг его наружного отверстия ткани гипертрофируются и уплотняются, что требуется дооперационной биопсии. Иногда при наличии гнойных полостей по ходу свища определяют гиперемии, гипертермии кожи и плотный, болезненный инфильтрат рядом со свищевым отверстием. Пальцевое исследование позволяет сразу, хотя бы приблизительно, выяснить тонус и силу сокращения сфинктера, а также делить наличие и локализацию внутреннего свищевых отверстий в анальном канале или хотя бы локальную болезненность участка стенки анального канала. Внутреннее отверстие гнойного («банального») криптогенного свища прямой кишки обычно точечное, оно пальцем определяется как локальный болезненный уплотненный участок стенки анального канала, окруженный рубцами или инфильтратом, размер его точно определить трудно. Пальцевое исследование в сочетании с зондированием свища является основным приемом для дифференцировки парапроктита и других параректальных нагноений, таких как фурункул, карбункул, флегмона, киста ректовагинальной перегородки, бартолинит у женщин или парауретрит у мужчин.

Свищи прямой кишки	Осно вн.	Кон тр.	Абсо лют. числ о	%
	групп а	групп а		
Экстрасфинктерный	34	24	58	2 2,9%
Трансфинктерный	97	9	106	4 1,7%
Интрафинктерный	86	4	90	3 5,4%
Итого	217	37	254	1 00



Нами был использован модифицированный вариант радикальной операции, который был применен у всех 217 больных со свищами прямой кишки, госпитализированных в клинику за это время.

Выводы. Таким образом, при эктрасфинктерном свище последний иссекают экономно, чтобы не повредить наружный сфинктер заднего прохода. Рубцово измененные прокрашенные ткани иссекают, при обнаружении гнойных полостей и затеков по ходу свища их вскрывают и saniруют. Как правило, после операции рана приобретает Т-образную форму. Послеоперационное местное лечение проводится с применением обработки ран антисептическими растворами и мазом офломиелидом. Предложенная нами методика приводит к более гладкому течению послеоперационного периода, уменьшению болевого синдрома, снижению риска возникновения недостаточности анального сфинктера, ускорению заживления раны промежности, сокращению частоты послеоперационных осложнений, уменьшению длительности пребывания больных в стационаре.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ГИНГИВИТА

Уснунц Ю.К., Караков К.Г., Хачатурян Э.Э.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность темы. В современном мире красивая и здоровая улыбка ценится особенно высоко! Однако, это эстетика не только твердых тканей, но и десневого края. Воспалительные заболевания пародонта, помимо функциональных нарушений, приводят и к ухудшению внешнего вида улыбки пациентов. В настоящее время основным методом лечения гингивитов и пародонтитов является медикаментозное. Очень хороший результат дает применение аппаратных методов: плазмолифтинг, вектор, флорида проуб и тд. Среди немедикаментозных и сравнительно недавних методов лечения можно выделить и фотодинамическую терапию.

Цель исследования: оценка эффективности лечения хронического генерализованного гингивита лазерной фотодинамической системой совместно с плазмолифтингом.

Материалы и методы исследования: было проведено клиническое обследование 120 пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом, в возрасте от 18 до 32 лет, из них мужчин – 52, женщин – 68. В исследование включались больные хроническим генерализованным катаральным гингивитом. Методом случайной выборки пациентов поделили на 2 равные группы. Всем больным проводилась комплексная терапия хронического генерализованного катарального гингивита по общепринятой методике и включала профессиональную гигиену (ультразвуковая чистка) и обучение больных индивидуальной гигиене полости рта с профессиональным контролем, санацию полости рта, при необходимости: избирательное пришлифовывание, ортодонтическое лечение. При наличии сопутствующей общесоматической патологии проводилось обследование, лечение и динамическое наблюдение у соответствующих специалистов. В комплексную терапию гингивитов включали полоскание раствора элюдрила – 3 раза в день,



аппликации гелем Пародиум – 3 раза в день. Помимо вышеперечисленного лечения, больным 2-ой группы (основной) была проведена фотодинамическая терапия с использованием системы «HELBO», включающей в себя терапевтический диодный лазер 2075 F/Theralites с длиной волны 670-690 нм и энергетической плотностью 75 мВт/см², специальную жидкость (маркер) фотосенсиitizer «HELBO BLUE Photosensitiser». Десневые желобки обрабатывались фотосенсиitizerом в течение 1-3 минут, в зависимости от их глубины. В результате процедуры происходит окрашивание клеточных мембран микроорганизмов, дистрофически измененных эпителиальных клеток фотосенсиitizerом, с последующей сенсibilизацией клеток к монохроматическому свету терапевтического диодного лазера. Фотосенсиitizer, после истечения времени воздействия, тщательно смывали водяным спреем, после чего воздействовали светом лазера на зону поражения в течение 1-2 минут. Монохроматический свет лазера инициирует возникновение химической реакции, приводящей к выделению свободного атомарного кислорода и перекисных радикалов, что сопровождается разрушением микробных и дистрофически измененных клеток. Для достижения положительного клинического результата проводилось 2 процедуры с интервалом в 1 неделю. Параллельно проводили PRF терапию (плазмолифтинг) — в ткани пародонта вводится плазма с высоким содержанием белка и тромбоцитов. При этом используется венозная кровь пациента, которая в лабораторной центрифуге разделяется на плазму с высоким содержанием белка и тромбоцитов. Методы исследования проводили до лечения, сразу после окончания терапии, через 6 и 12 месяцев после лечения. Полученные результаты подвергали статистической обработке при помощи программного пакета Microsoft Excel и Statistica 6,0 для Windows. Уровень достоверности различий в средних значениях показателей выявляли при помощи t-критерия Стьюдента. Достоверными считались различия, при которых вероятность принадлежности к одной совокупности не превышает $p=0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты клинических исследований индексов до лечения соответствовали значениям поставленного диагноза — хроническому генерализованному гингивиту. Изучение индексов у больных показало, что на результаты в значительной степени влияли выбранные методы лечения. Через 6 и 12 месяцев после лечения в 1-ой (контрольной) группе все индексы (ОHI-S, Силнес-Лоэ, ПМА, РВІ,) вернулись к первоначальному уровню, что можно объяснить недолговременностью медикаментозного лечения. Это создавало условия для возобновления воспалительного процесса. В основной группе через 6 и 12 месяцев после лечения индексы гигиены, воспаления и кровоточивости десны ухудшились в меньшей степени, чем в контрольной.

Вывод. Таким образом, применение антибактериальной лазерной фотодинамической терапии в сочетании с плазмолифтингом, в сравнении с традиционной медикаментозной, сокращает сроки лечения хронического генерализованного гингивита на 29% (с 8-14 дней при стандартном лечении до 5-7 дней). Предложенная схема лечения позволит деликатно, в то же время достаточно эффективно устранить воспаление и всё, что его сопровождает. Применение ее в комплексном лечении обеспечивает стойкую ремиссию на протяжении 12 месяцев с момента лечения.



КУЙИШ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ИНФЕКЦИОН АСОРАТЛАР МУАММОЛАРИ

**Фозилов А.А., Салохиддинов К.З., Тен Д.О., Алижонов М.А.
Фарғона шаҳар тиббиёт бирлашмаси
Андижон давлат тиббиёт институти**

Куйиш билан оғриган беморларда инфекцион асоратларни олдини олиш ва даволаш масалаларини хал қилиш нафақат маҳаллий жароҳат жараёнинин мўтадил даволашни, балки нишон аъзолар инфекциясини олдини олишни ва умумлаштиришни, ривожлантиришни ҳам ўз ичига олган умумий бўлиши керак. Оғир беморларда инфекция риволаниши йўлларида бири бу ичак транслокацияси бўлиб, бу инфекцияни пасайтириш учун малакали даволашни талаб қилади. Куйиш жароҳатида яллиғланишнинг ривожланиши ва давом этишида жароҳат инфекциясининг ўрни жуда катта, шунинг учун жароҳат инфекциясини назорат қилиш нафақат чуқур, балки юзаки куйиш жароҳатлари учун, шунингдек, донор яраларини даволашда ҳам муҳимдир. Нафас олиш тизимининг инфекциялари – трахея-бронхит ва пневмония-жароҳатланганларнинг 35%ида куйиш касаллиги риволанишини кучайтиради. Пневмония кўпинча комбинацияланган термик ингаляцияли шикастланиши бўлган беморларда, айниқса II-III-даражадаги нафас йўлларида термик шикастланишида пайдо бўлади. Нафас олиш тизими термик шикастланиши синдромига кўшимча равишда, нафас олиш тизими инфекцион асоратлари ривожланиши учун хавф омиллари куйиш шокидаги ингаляцияли бўлмаган ўпка шикастланишлари, шунингдек, трахея-бронхиал дарахтнинг шиллиқ қаватининг маҳаллий қаршилиқ механизмларининг ўзгаришин ўз ичига олади. Вена ичига инфузияларсиз интенсив терапияни амалга ошириш мумкин эмас, шунинг учун барча оғир беморларда марказий веноз катетер мавжуд бўлиб, кўпина у инфекция учун кириш дарвозаси бўлиши мумкин. Бактеремия ва сепсиснинг белгилари тўплами клиник кўринишда катетер билан боғлиқ қон оқими инфекцияларини кўрсатади. Сепсис куйиш касаллигининг энг оғир асоратлари ва термик жароҳати бўлган беморларда ўлимнинг асосий сабабидир. Бугунги кунга қадар ушбу асоратни ташхислаш, даволаш ва олдини олиш бўйича аниқ бир фикр мавжуд эмас. Шундай қилиб, куйиш жароҳатлари билан оғриган беморларни даволашда инфекцион асоратлар муаммоси катта аҳамиятга эга ва куйиш жароҳатларида ўлимнинг асосий сабабидир. Ушбу муаммони хал қилиш учун шифохоналарда нозокомиал инфекциянинг олдини олиш, микробларнинг куп дориларга чидамли штамлари ривожланишини олдини олиш в антибактериал терапияни назорат қилиш стратегиясидан фойдаланишнинг умумий тамойилларига риоя қилиш керак.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ.

Хакимов М.Н., Саидходжаева С.Б.

Андижанский государственный медицинский институт..

Актуальность. Вопросы выбора тактики хирургического лечения супратенториальных опухолей головного мозга с дислокационным синдромом являются одной из актуальных проблем современной нейрохирургии. Цель: изучить осложнения хирургического лечения больных по поводу супратенториальных опухолей головного мозга с дислокационным синдромом. Материал и методы: исследованы осложнения хирургического лечения 49 больных с клиническими и компьютерно-томографическими признаками дислокации мозга, которые находились в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2020-2023 гг.

Результаты: тотальное удаление опухоли проводилось в 79,6% случаях (39 больных), частичное удаление опухоли – 18,4% (9 больных), декомпрессия проводилась у 1 больного (2%). У 6 больных развился постоперационный отёк который усугублял дислокацию мозга и общее состояние больного. В 4 случаях наблюдался интраоперационный отёк, в данных случаях с целью декомпрессии дополнительно расширяли трепанационное окно путём резекции кости, и удаления костного лоскута. В 2 случаях наблюдалось кровоизлияние в ложе удаленной опухоли. Данным больным проводилась повторная операция.

Выводы: применение высокотехнологического оборудования и микрохирургического инструментария позволяют снизить осложнения при хирургических вмешательствах, но в случаях развития дислокационного синдрома осложнения могут быть связаны с тяжестью состояния больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПОЖИЛЫХ

Хан Т.А., Абдуллаев А.Х., Абдуллажанова Ш.Ж., Бабаев М.А., Турсунбаев А.К.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкент, Узбекистан; Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного лечения некоторых заболеваний опорно-двигательного аппарата с болями в спине у пожилых больных.

Материал и методы исследования. Наблюдали пациентов в возрасте старше 60 лет с болями в спине (деформирующий спондилоартроз, остеохондроз, остеопороз). Исключали больных с отраженными болями, новообразованиями, нейрогенной спондилоартропатией, инфекционными заболеваниями, дисплазией. Пациенты I-й группы(18) принимали противовоспалительный препарат диклофенак натрия в капсулах 100 мг, 1 раз в день 10 дней; больные II-й группы(17) – диклофенак натрия + миорелаксант, в/м(4 мг) 2 раза в сутки, 5 дней и III-й группы(17) - диклофенак натрия



+ миорелаксант и хондропротектор по схеме, вначале по 2 каплетте в день и через 2 недели по 1 в день в течение 6 месяцев. Проводили общеклинические, лабораторно-инструментальные исследования, рентген-денситометрию, при необходимости - КТ, МРТ, МСКТ и консультации соответствующих специалистов. Оценивали интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале(ВАШ), объем движений и выраженность корешкового синдрома.

Результаты исследования. Наблюдение в течение 6 месяцев показало, что под влиянием лечения клиническое состояние больных улучшилось, нормализовались показатели(С-реактивный белок, лейкоциты, СОЭ, данные КТ, МРТ, МСКТ, рентген-денситометрии) и результаты оценки интенсивности боли по ВАШ, объем движений и выраженность корешкового синдрома. Наиболее частой причиной боли были воспаление и мышечный спазм. До лечения интенсивность боли по ВАШ у больных I группы - 71 ± 8 мм, у пациентов II группы - 72 ± 9 мм, III группы 72 ± 7 мм. Под влиянием лечения интенсивность боли у больных I группы снизилась до 21 ± 4 мм, у пациентов II группы – до 17 ± 3 мм и у включенных в исследование больных III группы боли почти исчезли, и этот показатель составил лишь — 8 ± 2 мм. Для обследованных больных были характерны повышение экскреции кальция с мочой, снижение его всасывания в кишечнике, недостаточное поступление кальция в костную ткань. Причиной остеопороза чаще были хроническая недостаточность кальция, снижение адсорбции кальция в кишечнике, гиподинамия. В конце наблюдения пациенты отмечали уменьшение болей в костях и мягких тканях, шаткости при ходьбе. Более выраженная положительная динамика, улучшение клинического состояния и изученных показателей, особенно остеопении по данным рентген-денситометрии, наступала раньше у больных III группы. Комплекс диклофенак натрия+миорелаксант+хондропротектор(хондроитин, глюкозамин, микроэлементы, витамины С, D, K и 800 мг кальция) способствовал более быстрому улучшению состояния больных, купированию болевого синдрома, и симптомов натяжения, ускорению восстановления двигательной активности. Хронические заболевания опорно-двигательного аппарата широко распространены у пожилых и снижение двигательной активности из-за болей в суставах, костях и мышцах приобретает особенно негативное значение у этой категории пациентов. Длительное пребывание в постели из-за болей в суставах оказывает неблагоприятные последствия(ухудшение функции кишечника, нарушения дыхательной и сердечнососудистой системы, компрессионные нейропатий, прогрессирование остеопороза и т.п.). Наблюдения продолжаются, побочных эффектов не отмечено. Пациенты продолжают принимать глюкофлекс.

Вывод. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение указанного комплекса, включающего противовоспалительный препарат, миорелаксант и комбинированный хондропротектор в лечении пожилых больных с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЛИЯНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ВОСПИТАНИЕ СИСТЕМЫ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТОВ.

Хасанов Ф, Мазифарова К.Р.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

В современных условиях работа врача имеет особое значение, ибо присутствует соперничество в сфере ее получения, от каждого кандидата на работу требуется отличная профессиональная подготовка, высокая компетенция, навыки взаимодействия в команде, ответственность, умение подготовиться правилам общего труда врача, а также другие желаемые черты характера и личности. При этом работа может дать врачу чувство идентичности и соответственный статус. Трудовая деятельность врача создает возможности для получения новых навыков, умений и способности для решений проявляющихся проблем, может способствовать поощрению со стороны общества, удовлетворению потребности принадлежать определенной группе и обеспечивать ощущение безопасности, которые появляются из-за одобрения и уважения со стороны сообщества. Она (трудовая деятельность врача) способна создавать возможности для дружбы и новых знакомств с людьми разных профессий и интересов. Профессиональная активность врача в работе является необходимым установлением человеческого существования, устанавливающиеся общественный статус индивида и формирующая его личность. Эта трактовка понятия работы врача указывает на то, что она не только свойственна природе человека, но и является одной из его потребностей, его правом и обязанностью. Работу можно рассматривать в трех аспектах:

1. действенный – означает определенную форму деятельности;

2. субъективный- означает осознанное, целенаправленное и эффективное усилие человека, которые сводится к самореализации.

3 предметный (вещественный) – результат, следствия определенной деятельности врача. Как известно, работа врача - это определяющая деятельность специалиста, совокупность его действия, которые осуществляются для достижения желаемой цели и результата. К тому же эта работа - осознанное действие, цель которого удовлетворение потребностей с помощью создания разнообразных благ, совокупность умственных и физических усилий которые сопровождают труд врача, физическое, психическое, духовное и моральное развитие работающего врача. Благодаря работе появляются такие человеческие качества, как: эмоциональное сопереживание, ответственность, систематичность, объективность, пунктуальность, отзывчивость, жесткость мышления, креативность, умение взаимодействовать в группе, коммуникативность, эмпатия. Кроме этого несомненно важным результатом профессиональной деятельности является уважение к работе и ее результатом другого сотрудника, забота о безопасном месте работы, отождествление себя с рабочим местом и коллегами по работе. Ценности работы врача можно перечислять бесконечно, но бесспорным является тот факт, что студентов к работе следует готовить и приучать, потому что уважение к ней приобретается в процессе собственной деятельности. Таким образом в связи с изменением цивилизационных



процессов и технологий в медицине, наблюдается огромное почтение работы врача, восприятие ее как важной ценности, которая в свою очередь ставит перед обществом необходимость построение новой системы ценностей и модернизации уже существующей. При этом требуется глубокое профессиональное знание и навыки а так же наличие способностей к приспосабливаться к новым условиям. Формирование личности врача является результатом воспитательных ситуаций у студентов-медиков и оказывает огромное влияние на формирование психики, развитие личности и тем самым влияет на весь ход развития общества.

РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ В РНЦЭМП АФ

**Хасанов Ш.Н.1, Маматов Б.Ю.2, Исмаилов О.А.3, Адихамжонов Ш.Б.4, Эргашев
Х.М.5, Нумонов Ш.М.6, Озодбеков Ю.Ш.7**

**Доцент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской
помощи, АГМИ2 Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и
экстринной медицинской помощи, АГМИ1,3,4,5,6,7 Анестезиолог-реаниматолог
в отделение нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского
научного центра экстренной медицинской помощи.1,3,4**

Цель работы. Улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с распространенным вторичным перитонита осложнением сепсисом путем определения подходов к выбору оптимальной интенсивной тактики и лечения.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 220 больных с распространенными формами вторичного перитонита, находившихся на лечении в Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Андижанского филиала в период с 2021 по 2023 г. Указанные больные были разделены на две группы, сопоставимые по основным признакам, в том числе по глубине патоморфологических изменений брюшной полости, оцениваемой путем подсчета индекса брюшной полости (ИБП) и Мангеймского индекса перитонита (МИП). Основную группу составили 109 больных, в лечении которых использовали разработанный алгоритм, подразумевающий проведение плановых санационных релапаротомий в сроки до 2 суток у больных с высокими значениями ИБП и МИП. В группу сравнения вошли 111 пациентов, которым санационные вмешательства осуществлялись «по требованию», то есть при наличии признаков персистенции инфекционного процесса в брюшной полости. Результаты лечения сравнивались путем оценки уровня и структуры послеоперационной летальности, частоты осложнений, длительности пребывания в реанимационных отделениях и стационаре. Произведены математико-статистическая обработка данных, расчеты интенсивных и экстенсивных коэффициентов признаков, оценка статистической значимости различий признаков по исследуемым группам путем оценки t-критерия для параметрических и хи-квадрат для непараметрических показателей соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение. Применение дифференцированного подхода к проведению плановых релапаротомий у больных с распространенным перитонитом позволило уменьшить общую летальность в 1,7 раза (с 51,3 до 30,2%)

($p=0,001$) за счет снижения удельного веса абдоминального сепсиса как причины неблагоприятного исхода. Значимого влияния применения указанного алгоритма на частоту и структуру осложнений, а также длительность полиорганной недостаточности выявлено не было.

РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА С ОСЛОЖНЕНИЕМ СЕПСИСОМ

Хасанов Ш.Н.1, Маматов Б.Ю.2, Исмаилов О.А.3

Доцент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ2 Ассистент кафедры анестезиологии - реаниматологии и экстринной медицинской помощи, АГМИ1,3 Анестезиолог-реаниматолог в отделение нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.1,3

Цель работы. Провести анализ применения методов плазмофереза в ранние сроки лечения абдоминального сепсиса, установить, имело ли их применение преимущество для выживания.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования — проспективное когортное. Описание метода. В 50 наблюдениях (группа 1) в ранние сроки после операции проводили ЭКГК. Медиана времени от поступления в отделение интенсивной терапии после операции до начала ЭКГК 25,3 (17,7; 36,5) часа. При определении модальности плазмофереза руководствовались индивидуальным подходом и клиническим опытом специалиста по ЭКГК. Методы афереза изолированно были проведены у 8% больных (4/50), комбинация методов афереза и заместительной почечной терапии — у 40% (20/50), методы заместительной почечной терапии (ЗПТ) — у 98% (46/50), плазмаферез/плазмообмен/селективная плазмофильтрация — у 30% (15/50), селективная гемосорбция цитокинов — у 4% (2/50), селективная гемосорбция липополисахаридов — у 24% (12/50). Анализировали исходы, оценки тяжести функциональных расстройств и сепсис-ассоциированной органной дисфункции по шкалам APACHE II и SOFA и их динамику, вероятности исходов в зависимости от оценок по индексам (логистическая регрессия); времена жизни, кумулятивную долю выживания (метод Каплана–Майера). Характеристика выборки. 113 пациентов после экстренной лапаротомии в связи с распространенным перитонитом, абдоминальным сепсисом в возрасте от 23 до 90 лет. 67 мужчин, 46 женщин. В 50 наблюдениях (группа 1) в ранние сроки проводили ЭКГК; в 63 случаях методы активной гемокоррекции не использовались (группа 2). В группе 1 — 35 пациентов с септическим шоком и 15 человек со стабильной гемодинамикой (подгруппа 1/шок и подгруппа 1/сепсис). В группе 2 — 20 пациентов с шоком и 43 с устойчивой гемодинамикой (подгруппа 2/шок и подгруппа 2/сепсис)

Результаты исследования и их обсуждение. Применение методов плазмофереза позволило выжить пациентам с более тяжелыми оценками по APACHE II и SOFA: у выживших в подгруппе 1/шок Ме 29 (24; 31) против 23 (14; 26) в подгруппе 2/шок и 8 (4; 10) против 4 (2; 6) баллов, $p=0,048$ и $p=0,010$; при стабильной гемодинамике у выживших в подгруппе 1/сепсис Ме 20 (17; 22) против 15 (11; 19) в подгруппе

2/сепсис, $p=0,016$. ЭКГК изменила порог выживания в пользу более тяжелых пациентов с 29 до 33 баллов; снизила вероятность неблагоприятного исхода в 1,2 раза на каждый балл оценки по шкале APACHE II и в 1276 раз на весь диапазон оценок; пролонгировало время жизни у гемодинамически нестабильных пациентов на уровне значимости $p=0,083$, сдвинув первую квинтиль выживания с 1 до 12 суток, медиану — с 12 до 20, третью квинтиль — с 27 до 45 дней. При проведении плазмофереза кумулятивная доля выживания была выше на всем госпитальном периоде наблюдения: через 2 суток — 0,886 (95% ДИ 0,780–0,939) против 0,700 (95% ДИ 0,499–0,802); через 10 суток — 0,800 (95% ДИ 0,667–0,868) против 0,545 (95% ДИ 0,325–0,658); через 14 суток 0,653 (95% ДИ 0,494–0,734) против 0,416 (95% ДИ 1,185–0,533). Общая летальность от всех причин 35,4% (40/113), при шоке — 67,3 (37/55), при стабильной гемодинамике — 5,2% (3/58). Максимальный риск неблагоприятного исхода пришелся на ранние сроки: 30% (12/40) всех смертельных исходов произошло в первые 4 суток после операции, 20% (8/40) — в первые 24 часа. У шоковых пациентов 10-суточная летальность была ниже при проведении плазмофереза: 20,0% (7/35) против 45,0% (9/20), $p=0,050$, 1-я ст. тест Фишера, $P=0,38$ — недостаточная. Госпитальная летальность в шоковых подгруппах сравнивалась, все достигнутые на ранних этапах преимущества плазмофереза были утрачены; хотя в большинстве поздних исходов перитонит был купирован; что было подтверждено при секции.

ДИНАМИЧЕСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

**Хафизов М.М., Байков Д.Э., Ахмадеева Л.Р., Иткулов А.Ф., Хафизова Р.Р.
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», г.
Уфа, Российская Федерация**

Актуальность темы.

Онкологические заболевания на сегодняшний день являются одной из важнейших глобальных проблем в области здравоохранения, и рак легких играет ключевую роль в этом контексте. В России ежегодно выявляется более 50000 новых случаев заболеваемости раком легких, при этом в первый год после установления диагноза от этого заболевания умирает более 54% больных. Компьютерная томография и рентгенография являются ведущими методами диагностики патологии легких, в том числе опухолевой природы. Существующие трудности в своевременном и качественном выявлении данных заболеваний, их дифференциальная диагностика по данным различных методов лучевой диагностики обуславливают необходимость применения специальных методов исследования.

Цель исследования.

Целью исследования явилась оценка диагностического потенциала динамической компьютерной томографии в визуализации и дифференциальной диагностике злокачественных образований легких путем ретроспективного анализа исследований пяти пациентов с гистологически верифицированным немелкоклеточным раком легкого. Материалы и методы исследования.

В этом исследовании мы оценили результаты динамической компьютерной томографии у пяти пациентов с гистологически верифицированным немелкоклеточным раком легкого. У всех пациентов по данным компьютерной томографии в легких визуализировались объемные образования округлой либо овальной формы с четкими, ровными, либо лучистыми контурами диаметром более 1,5 см. Был произведен количественный анализ накопления и вымывания контрастного вещества на сериях динамической компьютерной томографии в областях интереса.

Результаты исследования.

Показатели накопления контрастного вещества по данным динамической компьютерной томографии представлены в таблице 1. Средний процент вымывания контрастного вещества по данным динамической компьютерной томографии в патологических очагах составил 72,1%. Эти данные могут являться свидетельством формирования патологического неоангиогенеза в злокачественных опухолях с сопутствующими ему изменениями протяженности и калибра сосудов, увеличения проницаемости сосудистой стенки за счет повышенной экспрессии фактора роста эндотелия сосудов, а также повышения концентрации крови в опухоли за счет развития патологических артериовенозных шунтов.

Таблица 1. Показатели накопления контрастного вещества по данным динамической компьютерной томографии.

Номер исследования	Нативная плотность (ед. HU)	Максимальное значение накопления контрастного вещества (ед. HU)		Плотность в отсроченную фазу (%)	Процент вымывания контрастного вещества (%)
1	40,7	68,3		53,1	77,7
2	30,0	66,7		46,6	68,9
3	24,3	54,1		36,4	67,2
4	43,4	67,4		51,5	77,6
5	27,3	47,6		32,9	69,1

Вывод.

Таким образом, динамическая компьютерная томография легких может являться методом диагностики, способным анализировать функциональную активность легочной ткани на микроциркуляторном уровне. Выявление типичных для злокачественных образований компьютерно-томографических признаков, в сочетании с полным анализом данных, полученных с помощью динамической компьютерной томографией, позволяет не только провести оценку морфологических характеристик очага, но также изучить функциональные особенности кровотока внутри этого образования. Эти функционально-лучевые методы исследования, обладая способностью выявлять характеристики злокачественного кровотока в опухолях, все чаще находят применение в онкологии, могут использоваться для разграничения доброкачественных и злокачественных новообразований в легких, раннего прогнозирования и мониторинга реакции на противоопухолевую терапию. В связи с

этим, дальнейшее развитие этих направлений, имеющих как теоретическое, так и практическое значение, является необходимым.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МИКРОФЛОРУ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ

**Хачатурян А.Э., Караков К.Г., Чотчаева Э.М., Балаева М.Б.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Актуальность темы. Лечение апикального периодонтита, как источника хронической инфекции и причины развития тяжелых заболеваний челюстно-лицевой области, является одной из важных проблем в стоматологии. Успех эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита во многом определяется эффективностью воздействия антисептического препарата на микрофлору корневого канала. Лечение, направленное на уничтожение источника инфекции при апикальном периодонтите, должно включать агенты, которые проникают в дентинные каналы и разрушают эти микроорганизмы. Поиск современных эффективных препаратов для медикаментозной обработки корневых каналов до сих пор актуален.

Цель исследования: определение эффективности различных методов медикаментозного воздействия на микрофлору корневого канала при хроническом апикальном периодонтите.

Материалы и методы исследования. В группу обследуемых пациентов входило 120 человек с хроническим апикальным периодонтитом зубов, в возрасте от 30 до 50 лет, без общесоматической патологии. Было проведено клиническое, рентгенологическое, бактериологическое исследование по рекомендации ВОЗ, которое включало в себя основные и дополнительные методы исследования. Исследуемые пациенты были случайно разделены на три равные клинические группы, сопоставимые по соматическому, иммунологическому статусу и проведенному лечению. Лечение пациентов с хроническим апикальным периодонтитом состояло из инструментальной обработки, медикаментозной обработки и пломбирования корневого канала. Для проведения лабораторного исследования были подготовлены специфические питательные среды: среда Сабуро, кровяной агар, желточно-солевой агар для идентификации *Candida albicans*, *E. Coli*, *Staphylococcus aureus*. В начале исследования был произведен забор содержимого корневого канала бумажным штифтом. Исследуемый материал корневых каналов зубов с хроническим апикальным периодонтитом высевали на питательные среды в чашки Петри и отправляли в термостат на 24 часа при температуре 37 °С. На следующие сутки чашки Петри извлекали из термостата и проводили учет роста микроорганизмов. Далее была произведена инструментальная обработка корневых каналов эндомотором. Для оценки чувствительности флоры к антисептической и ультразвуковой обработке была произведена медикаментозная обработка в корневых каналах. В первой клинической группе проводилась обработка корневых каналов 2% раствором хлоргексидина совместно с фотодинамической терапией диодным лазером. Методика фотодинамической терапии следующая: в корневой канал вводилась

фотосенситизатор - краситель на 60сек. Далее вымывалась дистиллированной водой и осуществлялась экспозиция диодным лазером Helbo (Австрия) с длиной волны 670-690 Нм и энергетической плотностью 75 мВт/кв.см (60 сек каждый корневого канал). Во второй клинической группе проводилась медикаментозная обработка корневых каналов промыванием раствором 3% гипохлорита натрия совместно с фотодинамической терапией диодным лазером. В третьей клинической группе проводилась медикаментозная обработка корневых каналов зубов 3% гипохлоритом натрия. Далее осуществлялся повторный забор содержимого корневого канала с последующим высеванием на питательную среду.

Результаты исследования. При анализе видового состава микрофлоры, взятой до медикаментозной обработки, результаты исследования всех трёх групп пациентов показали статистически незначительную разницу. Так, результат зоны роста микроорганизмов во всех трех группах составил в среднем у *Staphylococcus aureus* - 103, *Candida albicans* - 103, *E. Coli* - 104. Анализ видового состава микрофлоры, взятой после использования исследуемых нами антисептических препаратов показал, что степень остаточной контаминации в результате медикаментозной обработки оказалась различной в группах сравнения. Так, в первой исследуемой группе зона задержки роста в среднем для *S. Aureus* составила 20,17мм, для *Candida albicans* - 20,75мм, для *E.coli* - 20,42мм. Во второй исследуемой группе зона задержки для *S. Aureus* составила 21,58 мм., для *Candida albicans* - 22,33мм, для *E.coli* - 20,58мм. В третьей исследуемой группе зона задержки роста составила для *S. Aureus* 19,33мм., для *Candida albicans* - 20,67мм, для *E.coli* - 20,33 мм. Сравнивая между собой результаты задержки зон роста микроорганизмов с применением различных методов медикаментозной обработки корневых каналов зубов, можно сделать вывод о том, что наилучший результат был получен во 2 группе пациентов.

Вывод. На основании клинических и лабораторных методов исследований можно сделать вывод о том, что использование 3% гипохлорита натрия с применением методики фотодинамической терапии диодным лазером, является наиболее эффективным методом лечения хронического апикального периодонтита, вследствие уменьшения зоны роста *Staphylococcus aureus* на 4%, *Candida albicans* - на 5%, *E. Coli* - на 7% по сравнению с другими группами.

ЗНАЧЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В ПОВЫШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ

**Холматова Г.А., Салиева М.Х., Ходжихматова Р.Ю., Салиева М.Р.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Повышение медицинской культуры и формирование здорового образа жизни населения, профилактика и контроль неинфекционных заболеваний являются одной из важнейших межотраслевых проблем развития Республики Узбекистан. В связи с этим, основным стратегическим направлением обеспечения национальной безопасности в сфере охраны здоровья нации является усиление профилактической направленности всех ветвей власти, секторов, слоев и структур общества, с ориентацией на сохранение здоровья человека, при



совершенствовании в качестве основы жизнедеятельности института семьи, охраны материнства, отцовства и детства.

Материал и методы. Основные неинфекционные заболевания являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения, и выраженным негативным воздействием на социально-экономическое положение страны. По опыту стран мира, достигших 2–3-кратного снижения смертности от неинфекционных заболеваний, вклад профилактических мероприятий в это снижение составляет от 40 % до 70 %. Чрезвычайно важно, что имеются убедительные научные доказательства, что популяционные профилактические программы сопровождаются возвратом инвестиций в соотношении 1:5–6 в течение 5–10 лет, а программы профилактики на рабочем месте уже в течение 3–5 лет сопровождаются возвратом инвестиций в соотношении 1:3–6.

Результаты исследования. Основные положения настоящей Программы учитывают рекомендации и руководящие принципы основополагающих документов ВОЗ по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний:• охват всего жизненного цикла человека, всех сфер его деятельности;• расширение прав граждан, трудовых коллективов и общественных объединений;• использование стратегий и технологий, основанных на фактических данных об их эффективности;• всеобщий охват доступными и эффективными мерами профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на популяционном и индивидуальном уровне;• исключение реальных, предполагаемых или потенциальных конфликтов интересов, неравенства граждан и социальных слоев общества;• соблюдение прав человека и принципа справедливости;• согласованность действия на национальном и международном уровне, международное сотрудничество и солидарность;• многосекторальная деятельность в достижении основных целей.

Приоритет развития профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;

2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;

диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством РУз;

5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством РУз.

Выводы. Повышение медицинской культуры населения и формирование здорового образа жизни - длительный процесс, зависящий от множества государственных, общественных и биологических факторов, это одна из основных задач общественного здравоохранения. Здравоохранение - важный, но далеко не единственный инструмент влияния на здоровье населения. Охрана здоровья

населения Республики Узбекистан является одним из основных направлений социальной политики государства и нацелена на улучшение демографической ситуации, увеличение продолжительности жизни и сокращение уровня смертности населения.

ФАКТОРЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА (НАГ).

Холова Дилором Шарифовна Ҳалимова Замира Юсуфовна
Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр эндокринологии МЗ РУз им. Академика Я.Х.Туракулова, г.Ташкент.

Цель. Изучить роль факторов пролиферации в патогенезе неактивных аденом гипофиза.

Материалы и методы: В период с 2018 по 2022 год в отделении «Нейрохирургия» РСНПМЦ эндокринологии РУз были прооперированы 427 пациентов с различными аденомами гипофиза методом трансфеноидальной трансназальной аденомэктомии (ТАГ). Среди них были выбраны 188 историй болезни больных с НАГ для ретроспективного анализа, у которых были проведены повторные ТАГ. Наблюдения больных после повторных операций составил от 1 до 5 лет. Медиана латентного периода рецидива составила 5,2 лет (от 1 до 11 лет). Из 188 больных 32,4% (n=61) составило мужчин и 67,6% (n=127) было женщин. У 151 больного была выявлена макроаденома (до 40 мм), у остальных 37 — гигантские размеры опухоли (любой из размеров более 40 мм). Средний объём опухоли $4155 \pm 0,012$ мм³.

Для иммуногистохимической (ИГХ) диагностики были использованы готовые парафиновые блоки, относящиеся к отобранным случаям прооперированных больных в 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 годов в отделении «Нейрохирургия» нашего центра. Полученные данные обрабатывали с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты. Ретроспективно были исследованы данные 188 больных, 32,4% (n=61) которых составляли мужчины и 67,6% (n=127) были женщины. Средний возраст составил $38,2 \pm 2,3$ года, в диапазоне от 8 до 56 лет. Из данных МРТ исследований у 151 больного (80,3%) была выявлена макроаденома (до 40 мм), у остальных 37 (19,7%) — гигантские размеры опухоли (любой из размеров более 40 мм). У 107 из 188 пациентов (56,9%) отмечался инвазивный рост в кавернозные синусы или основную пазухи или в III желудочек. У всех 188 пациентов были проведены повторные ТАГ: у 173 больных (92,0%) была произведена вторая операция, у 14 (7,4%) - третья, у 2 (1,1%) - пятая операция. Средний период рецидивирования составил 3,2 года. По МРТ данным опухоли всех 107 больных были классифицированы как 3- и 4- классы, т.е. имели истинный инвазивный рост. У 79 (73,9%) из 107 больных имели 4 - класс и остальные 26,1%% имели 3 – класс инвазии. По данным морфологического анализа опухоли прооперированных пациентов с НАГ в основном имели мелкоклеточную синусоидную структуру. Этот показатель составил 92,6% (n=174) случаев, а в 7,4% случаев опухоли имели крупноклеточную структуру (n=14). Иммуногистохимические характеристики. 18 тканей аденомы из

188 опухолей (9,6%) имели только 1 маркёр - Ki-67, 41 (21,8%) - имели два пролиферативных маркёра: Ki-67 и хромогранин А, 27 (14,4%) также имели два пролиферативных маркёра: Ki-67 и p53, а 102 из 188 (54,3%) имели все 3 исследуемых пролиферативных маркёра: Ki-67, p53 и хромогранин А. Результаты ИГХИ показали, что гистологические материалы от аденом гипофиза прооперированных больных с НАГ имели Ki-67 в диапазоне от 1% до 20%. 16 образцов опухолей (8,5%), у которых при ИГХИ был выявлен только 1 маркёр Ki-67, были от пациентов с макроаденомами без инвазивного роста, средний объём опухоли которых составил $6614 \text{ мм}^3 \pm 3,2$. И показатель Ki-67 в данных образцах показал значение менее 3%.

Опухоли с инвазией роста в кавернозные синусы, в основную пазуху и в III желудочек имели показатель Ki-67 более чем 3%, а также высокую экспрессию p53 и хромогранина А и это было связано с инвазией ($p = 0,05$) и высоким риском рецидива ($p < 0,01$).

Выводы. Наше исследование показало, что высокий индекс Ki-67, высокая экспрессия p53 и хромогранина А и инвазия в пазухи на МРТ были надёжными маркёрами прогнозирования рецидива неактивных аденом гипофиза. 107 пациентов, в том числе 14 пациентов, у которых была 3 – по счёту трансфеноидальная аденомэктомия и 2 пациента, у которых была 5 – по счёту трансфеноидальная аденомэктомия имели послеоперационный остаток опухоли, средний период рецидивирования составил $0,97 \pm 1,85$ лет ($P < 0,001$).

КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ЖДА И УРОВНЕМ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Худайберганов М.Р., Салоева З.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Введение. Анемия- патологическое состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина в единице объёма крови. По данным ВОЗ, анемия имеет чрезвычайно широкое распространение в отдельные возрастные периоды в развивающихся странах она выявляется практически у половины населения. Дефицит железа (ДЖ) занимает первое место среди 40 наиболее распространенных заболеваний человека-им страдают более 3 млрд человек на земле. Исследования влияния нарушений в обмене железа в организме детей, манифестирующих железодефицитной анемией, указывают на прямое негативное воздействие анемии на интеллектуальное и психомоторное развитие детей.

Цель: изучить корреляции между выраженностью дефицита железа в организме детей (манифестирующего железодефицитной анемией) и уровнем психомоторного развития у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы исследований. Проведено обследование 30 детей обоего пола-мальчиков и девочек дошкольного возраста с диагностированным у них состоянием манифестного дефицита железа или ЖДА. Диагноз ЖДА устанавливался клинически и на основе характерных патологических изменений в феррокинетических показателях у обследованных детей, т.е. при снижении уровня



общего гемоглобина в крови ниже 120.0 г/л, при снижении уровня сывороточного железа ниже 10.4 мкмоль/л, патологической гипертрансферринемии, т.е. увеличении уровня сывороточного трансферрина выше 4.00 г/л, снижении уровня насыщенности сывороточного трансферрина ниже 16.0% .

Результаты и обсуждение. Нами приведены рассчитанные коэффициенты корреляции, выявляемые между индексами ИУР и ИПР и показателями, отражающими обмен железа у обследованных детей дошкольного возраста с ЖДА. Как видно из представленной таблицы, между изученными индексами умственного и психомоторного развития у обследованных детей дошкольного возраста с диагностированной ЖДА и изученными характерными феррокинетическими маркерами выявляются высокие положительные корреляции, отражающие прямое влияние развивающегося глубокого дефицита железа в организме детей на их умственные и психомоторные реакции. Так, между уровнем общего гемоглобина крови и ИУР и ИПР выявлены высокие положительные корреляции- $r=+0.512$ и $r=+0.534$ соответственно. Между уровнем железа в сыворотке крови у обследованных детей дошкольного возраста с ЖДА и соответствующими индексами ИУР и ИПР выявлена также очень высокая положительная корреляция- $r=+0.602$ и $r=+0.693$ соответственно.

Также высокие положительные корреляции выявлены между показателем сывороточного трансферрина, отражающего состояние запаса железа в организме и индексами ИУР и ИПР- $r=+0.711$ и $r=+0.782$ соответственно.

Аналогично высокие положительные корреляции выявлены нами между таким информативным диагностическим показателем ЖДА каким является КНТ и индексами ИУР и ИПР- $r=+0.645$ и $r=+0.640$.

Выводы. Рассчитанные нами соответствующие коэффициенты корреляции между феррокинетическими маркерами и индексами ИУР и ИПР указывают на прямое негативное влияние ЖДА на умственные способности и психомоторику у обследованных детей дошкольного возраста.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЗАКРЫТИЯ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ И МЕТОДОВ УСТАНОВКИ ПРОТЕЗА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

**Хужабаев С.Т., Шакулов А.М., Гафурова Ф.Ф.
Самаркандский государственный медицинский университет**

Актуальность. Размер грыжевого выпячивания является не единственным критерием, позволяющим отнести пациента к группе с обширными и гигантскими вентральными грыжами. Очень важным помимо размеров грыжи, являются такие параметры, как размер грыжевого дефекта, наличие рецидивных грыж и число рецидивов. Наиболее унифицированной классификацией вентральных грыж является классификация J. Chevrel и A. Rath (SWR classification), предложенная в 1999 году, и принятая Европейским обществом герниологов (EHS) которая включает следующие критерия: локализацию S, размер грыжевого дефекта W и количество рецидивов R. Одним из факторов, который объясняет превалирование рецидивных



гигантских грыж, является то, что раньше такие пациенты считались неоперабельными, в связи с высоким риском развития компартмент синдрома, однако с внедрением протезных методов герниопластики операции стали проводиться у большего числа пациентов. Фактором, влияющим на неполноценность мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки, несомненно, является число выполненных ранее операций и количество рецидивов вентральных грыж. С каждым рецидивом технически операция всегда протекает сложнее. В настоящее время совершенствуются полимерные материалы с целью профилактики ранних и поздних послеоперационных осложнений имплантации протезов, разработаны различные варианты протезной пластики, однако число осложнений не имеют явной тенденции к снижению, что позволяет сделать основной вывод – идеального материала для протезной аллопластики вентральных грыж еще не разработано. При оценке непосредственных результатов хирургического лечения вентральных грыж, снижение частоты наиболее частых раневых ретенционных осложнений, остается актуальной проблемой и в настоящее время.

Материалы и методы. Проведен анализ с целью выделения наиболее тяжелой группы больных – гигантских рецидивных, особенно, если рецидив многократный, что еще больше усложняет технику выполнения повторного вмешательства. Общее число обширных рецидивных грыж составило 20,3%, а гигантских рецидивных грыж – 33,1%.

Распределение больных по критерию S (локализация) показало, что большинство было со срединной локализацией – надпупочные – 80(25%), околопупочные – 69(21,6%), подпупочные – 113(35,3%). Реже встречались латерально расположенные – у 33(10,3%) и сочетанно расположенные грыжи – у 8(2,5%). Согласно классификации, критерии W и R определяют степень риска возможных технических сложностей во время операции и послеоперационных осложнений. Критерий W – размер грыжевого дефекта и критерий R – частота рецидива. Определение дефекта апоневроза (грыжевого дефекта) устанавливается при локальном физикальном осмотре, по данным УЗИ передней брюшной стенки, МСКТ, но окончательно определяется интраоперационно. Это один из самых важных критериев, который влияет на выбор хирургической тактики. Анализ больных по критерию W показал, W2 у 175 (54,7%), W3 у 99 (30,9%) и W4 у 46 (14,3%) пациентов. В большинстве случаев дефекты апоневроза составили W2 и W3. Но в группу риска входят пациенты с W3 и W4, т.к. данные операции технически сложнее и возможность развития компартмент синдрома у них значительно выше. Одним из наиболее простых в плане хирургической техники является метод наапоневротического расположения имплантата (Onlay). Однако наряду с положительными, имеются и негативные стороны этого метода, связанные с размещением инородного тела в подкожной клетчатке. Основным преимуществом техники «Onlay» является отсутствие угрожающих жизни пациента осложнений, если протез вовлекается в гнойный процесс. Наиболее частыми раневыми осложнениями после размещения протеза в наапоневротической позиции (Onlay) являются ретенционные. Эти специфические осложнения обусловлены большим количеством серозного и лимфатического отделяемого из раны. Для протезной герниопластики применялись синтетические биосовместимые материалы I типа (пролен, полипропилен фирм «Ethicon» и



«Линтекс»). Выполнялось два метода закрытия брюшной стенки – это реконструкция и коррекция передней брюшной стенки. При реконструкции передней брюшной стенки выполняется обязательное ушивание грыжевого дефекта «край в край» без создания дубликатуры с последующей имплантацией протеза. Однако если ушивание дефекта апоневроза невозможно из-за больших размеров грыжевых ворот или из-за опасности развития компартмент синдрома после операции, выполняется коррекция брюшной стенки, когда используются ткани грыжевого мешка или большой сальник для закрытия дефекта, с последующей имплантацией протеза. Интраоперационно проводилось уточнение количества и размеров дефектов апоневроза, наличие спаек проводился висцеролиз. Средняя площадь дефекта апоневроза составила у больных с гигантскими грыжами - $149,9 \pm 10,7$ см², с обширными - $96 \pm 9,2$ см². Средний размер трансплантата, использованного при аллогерниопластике равнялся $270,9 \pm 5,4$ см² и $195,7 \pm 3,7$ см² соответственно. Всем пациентам выполнена протезная пластика брюшной стенки. Выполнялось два типа операций (реконструкция и коррекция передней брюшной стенки), принципы которых описаны ранее.

Выводы. Проведенный анализ по полу и возрасту в сравниваемых группах показал, что обширными и гигантскими вентральными грыжами в основном страдают женщины (88,1%), отмечается превалирование пациентов в возрасте 45-59 лет (52,8%).

Обширные и гигантские вентральные грыжи развиваются чаще после гинекологических вмешательств (36,6%), традиционной ХЭК (18,75%), прочих операций на органах брюшной полости (16,6%) и герниопластики (16,3%). Характер первично выполненных операций также влияет на размер образовавшихся вентральных грыж, так гигантские грыжи в 34,9% развились после гинекологических вмешательств, после традиционной ХЭК – у 18,3%, после герниопластики у 17% и только у 4,7% после урологических вмешательств.

Изучение типологических особенностей вентральных грыж показало, что общее число обширных рецидивных грыж составило 20,3%, а гигантских рецидивных грыж – 33,1%. Большинство больных было со срединной локализацией – надпупочные – 80 (25%), околопупочные – 69 (21,6%), подпупочные – 113 (35,3%). Анализ больных по критерию W показал, что в большинстве случаев при вентральных грыжах дефекты апоневроза составили

W2 у 175 (54,7%), W3 у 99 (30,9%), W4 у 46 (14,3%). Факторами, влияющими на неполноценность мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки, является число выполненных ранее операций и количество рецидивов вентральных грыж, т.к. с каждым рецидивом технически операция протекает сложнее. Имплантация синтетических материалов во время протезной герниопластики сопровождается значительным количеством раневых осложнений, обусловленных как самой техникой операции, так и реакцией окружающих тканей на инородное тело (протез). О чем свидетельствует высокий процент образования сером 131 (40,9%). В структуре раневых осложнений наиболее частыми являются серомы – 94 (29,3%), далее следует нагноение раны – 19 (5,9%) и инфильтрат – 18 (5,6%).

Сравнительная оценка общего числа в группах показала, что после реконструкции раневые осложнения развились у 33,7% тогда как при коррекции отмечено увеличение раневых осложнений до 49,6%.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА НА РАЗВИТИЕ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ.

**Хужабаев С.Т., Шакулов А.М., Гафурова Ф.Ф.
Самаркандский государственный медицинский университет.**

Актуальность. Пластика ПВГ с помощью открытых швов привела к неприемлемо высокой частоте рецидивов и была заменена в начале 2000-х годов пластикой сеткой, открытой или лапароскопической (К. Cassar 2002). Однако, даже при пластике сеткой, большие и рецидивирующие послеоперационные грыжи продолжали оставаться серьезной клинической проблемой из-за размера и содержимого мешка, а также нарушения функции брюшной стенки (К.С. Shestak 2000). Выбор сетки для вентральной грыжи зависит от множества факторов, включая как свойства сетки, так и ее расположение, например, будет ли она размещаться внутрибрюшинно, предбрюшинно или ретроректально. Руководящий принцип заключается в том, что следует избегать размещения непокрытой полипропиленовой сетки внутрибрюшинно, где она может находиться в прямом контакте с внутренними органами. Кроме того, тип грыжевого дефекта является еще одним фактором, например, является ли рана чистой по сравнению с чистой контаминированной или контаминированной, а также выполняется ли пластика мостом или с опорой (Cobb WS, 2015). Выбор доступа и способа ликвидации гигантских вентральных грыж все еще является нерешенной проблемой современной хирургии.

Материалы и методы. Прослежено 316 выписанных пациентов (4 умерло). Без осложнений выписано - 185 пациентов; после лечения осложнений - 131 пациент. Отдельную группу составили пациенты с таким редким осложнением как постпротезные грыжи. Анализ отдаленных результатов за 2-х летний период показал, что несмотря на широкое внедрение протезных методов герниопластики возникает сморщивание протеза или его отрыв с образованием постпротезных грыж. Так в наших наблюдениях сморщивание протеза возникло у 26(8,1%) пациентов, а постпротезные грыжи образовались у 24 (7,5%) пациентов перенесших протезную герниопластику.

В основном сморщивание протеза наблюдалось у 19 (5,9%) пациентов с реконструкцией брюшной стенки, где ширина ворот была менее 10 см. После ушивания грыжевых ворот протез фиксировался над апоневрозом, и к сморщиванию протеза за частую приводит его не плотная фиксация к апоневрозу или образование сером под сеткой. Следует отметить, что в 3-х случаях образовалась постпротезная грыжа. Наиболее часто образование грыж после протезирования 21 (6,5%) отмечено у пациентов, которым выполнена коррекция передней брюшной стенки с протезной пластикой inlay и где ширина грыжевых ворот превышала 10 см. При отсутствии возможности свести края грыжевых ворот с целью профилактики АКС протез



вшивался по периметру грыжевых ворот с предварительной его изоляцией от органов брюшной полости остатками грыжевого мешка или большого сальника. Дальнейший анализ показал, что все постпротезные грыжи (24) возникли у пациентов с рецидивными вентральными грыжами. Другой проблемой является образование кожно-протезных свищей, что в наших наблюдениях составило 21 (6,5%). Следует отметить, что 17 (80,9%) случаях свищи образовались у пациентов с рецидивными вентральными грыжами. Следует отметить такой спектр осложнений позднего послеоперационного периода как сморщивание протеза, образование кожно-протезных свищей и постпротезных грыж возник у 71 (22,2%) больных. Как кожно-протезные свищи 80,9%, так и постпротезные грыжи 87,5% в своем большинстве возникли после пластики рецидивных грыж. Данный факт свидетельствует о том, что в рубцово-измененных тканях рецидивных грыж имеются старые лигатурные гранулемы, поддерживающие «дремлющую инфекцию» приводящую к нагноениям раны - 19 (5,9%) в послеоперационном периоде. Соответственно пациенты с рецидивами вентральных грыж формируют высокую группу риска, в которой возможен высокий процент как ближайших, так и поздних раневых осложнений. Обсуждение. Развитие раневых осложнений в ближайшем послеоперационном периоде непосредственно влияет на отдаленные результаты. Наиболее значимым предиктором риска развития ближайших осложнений является фактор повторного вмешательства при рецидиве грыжи, что обусловлено наличием «дремлющей инфекции» скрытой в оставшихся лигатурных гранулемах или рубцово-измененных тканях. Так, общая частота ближайших осложнений в группе первичной герниопластики составила 17,6% (у 9 из 51 пациента) при обширных грыжах и 28,6% (у 28 из 98 пациентов) при гигантских грыжах, тогда как после вмешательств при рецидивных грыжах она составила – 38,5% (у 25 из 65 пациентов; $\chi^2=5,976$; Df=1; $p=0,015$) и 65,1% (у 69 из 106 пациентов; $\chi^2=27,236$; Df=1; $p<0,001$) соответственно, в целом после пластики всех первичных грыж частота осложнений составила – 24,8% (у 37 из 149 пациентов) и после операций по поводу рецидивов – 55,0% (у 94 из 171 пациента; $\chi^2=29,912$; Df=1; $p<0,001$). Наличие сопутствующего ожирения 1-3 степени также достоверно увеличивало риск развития ближайших послеоперационных осложнений, частота которых составила 15,6% (у 7 из 45) пациентов с нормальной или повышенной массой тела, и существенно повышалась при нарастании степени избытка веса – 32,4% (у 36 из 111; $p<0,05$) – при 1 степени, 48,9% (у 45 из 92; $p<0,05$) – при 2 степени и 59,7% (у 43 из 72; $p<0,05$) – при 3 степени. Рубцово-дегенеративные изменения в тканях апоневроза при гигантских и обширных грыжах является предрасполагающим фактором к возникновению постпротезных грыж, частота которых после имплантации протеза в позиции inlay составила 5,6% (у 8 из 142 больных) и при фиксации протеза в позиции onlay- 1,1% (у 2 из 174 пациентов) ($\chi^2=5,131$; Df=1; $p=0,024$). Фактор ожирения играл роль в плане повышения частоты отдаленных осложнений при исходном избытке веса, соответствующим 3 степени – 19,7% (у 14 из 71 пациента) ($p<0,05$ по отношению к отсутствию ожирения и 1 степени). Доля отдаленных осложнений с учетом рецидива и первичной операции также существенно различалась, составив 16,1% (у 27 из 168 больных) после пластики рецидивных грыж и 6,8% (у 10 из 148 пациентов) после первичной герниопластики ($\chi^2=6,604$; Df=1; $p=0,011$).

Выводы. Выявлена прямая тенденция увеличения частоты развития отдаленных осложнений с учетом риска на фоне наличия осложненного течения ближайшего послеоперационного периода. Так, после имплантации протеза в позиции onlay среди пациентов, выписанных без осложнений в ближайший период их частота в отдаленные сроки наблюдения составила 3,6% (у 4 из 112 больных), а среди больных с осложненным течением ближайшего периода этот показатель достиг – 17,7% (у 11 из 62; $\chi^2=10,173$; Df=1; $p=0,002$), в свою очередь при фиксации протеза в позиции inlay – 6,8% (у 5 из 73 пациентов) и 24,6% (у 17 из 69 больных) соответственно ($\chi^2=8,573$; Df=1; $p=0,004$). Эти значения также существенно различались и при распределении больных по степени выраженности ожирения. Среди больных с первичной герниопластикой, выписанных без ближайших осложнений, в отдаленный период частота осложнений составила 3,6% (у 4 из 111), а в группе с осложненным ближайшим течением – 16,2% (у 6 из 37 пациентов) ($\chi^2=7,007$; Df=1; $p=0,009$), в свою очередь эти значения среди оперированных по поводу рецидивных грыж составили 6,8% (у 5 из 74) и 23,4% (у 22 из 94 больных) ($\chi^2=8,507$; Df=1; $p=0,004$).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

**Хужабаев С.Т., Шакулов А.М., Гафурова Ф.Ф.
Самаркандский государственный медицинский университет.**

Актуальность. Р.Ш. Шайморданов с соавторами (2004) ввели термин «клинически значимые скопления серозной жидкости в ране (КЗС)». К ним отнесли любые анэхогенные участки в слоях послеоперационной раны, которые по данным УЗИ, превышали в одном из трех размеров (длина, ширина и высота) 20 мм. Отвечая на вопрос, что называть «клинически незначимыми серомами», она считали, что это скопления жидкости, не вызывающие субъективных ощущений у пациентов. Подобрать объективный критерий для определения «клинически значимой и незначимой серомы» очень сложно, поскольку ни ее объем, ни размеры не могут иметь принципиального значения.

Материалы и методы. Общее число раневых ближайших послеоперационных осложнений составило 40,9%, т.е. они развились у 131 из 320 больных. В структуре раневых осложнений наиболее частыми являются серомы – 94 (29,4%), далее следует нагноение раны – 19 (5,9%) и инфильтрат – 18 (5,6%). Сравнительная оценка общего числа в группах показала, что после реконструкции раневые осложнения развились у 33,7% тогда как при коррекции отмечено увеличение раневых осложнений до 49,7% ($\chi^2=8,334$; Df=1; $p=0,004$). Мы придерживаемся мнения, что серомой нужно считать те случаи, когда опорожнение экссудата происходит через рану спонтанно, и возникает необходимость прибегнуть к пункционным методам лечения.

Анализ возникших осложнений в зависимости от ширины дефекта апоневроза показал, что если при W2 раневые осложнения составили 33,7% так как данной группе пациентов выполнена реконструкция, то при W3 доля раневых осложнений была 29 (20,0%), а W4 – 43 (29,6%).

Специфическим осложнением протезной герниопластики является серома на фоне лимфорей. О положительном эффекте протезной герниопластики (tensionfree), способствующей снижению ишемии тканей после операции, свидетельствует низкое число нагноений послеоперационной раны 5,9%. Однако количество сером после имплантации сетки остается на высоком уровне и составляет 29,4%.

Ожирение напрямую влияет на весь спектр раневых осложнений после протезной пластики. Если при первой степени ожирения общее число осложнений составило 16%, то уже у пациентов страдающих третьей степенью раневых осложнений было 59 (45,0%) ($\chi^2=22,074$; Df=1; $p<0,001$). Данные показали, что раневые осложнения в основном возникали после пластики рецидивных грыж, приобширных в 38,5% случаев, а гигантских у 65,1% пациентов ($\chi^2=11,546$; Df=1; $p<0,001$).

Обсуждение. Проведенный анализ ближайших результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами показал, что использование синтетических материалов в настоящее полностью обосновано, т.к. доказано многочисленными исследованиями, что частота рецидива после протезной пластики значительно меньше. Наиболее предпочтителен вариант надапоневротического расположения протеза и ушивание грыжевого дефекта «край в край», позволяющий сблизить прямые мышцы живота, провести реконструкцию белой линии с восстановлением потерянной функции передней брюшной стенки. Однако данный вид операции возможен в случаях, когда грыжевые ворота не превышают размер по ширине 10 см (W2) и когда сохранены прямые мышцы живота. При наличии грыжевых ворот шире 10 см (W3, W4), гипотрофии и рубцовых изменениях мышц передней брюшной стенки возможна только операция, направленная на коррекцию передней брюшной стенки с закрытием дефекта остатками грыжевого мешка с надапоневротическим расположением протеза. При больших дефектах превышающих размер по ширине 15 см операцией выбора считаем закрытие грыжевого дефекта вшиванием в его края протеза.

Имплантация синтетических материалов во время протезной герниопластики сопровождается значительным количеством раневых осложнений, обусловленных как самой техникой операции, так и реакцией окружающих тканей на инородное тело (протез). О чем свидетельствует высокий процент образования сером 131 (40,9%). В структуре раневых осложнений наиболее частыми являются именно серомы – 94 (29,3%), далее следует нагноение раны – 19 (5,9%) и инфильтрат – 18 (5,6%). Сравнительная оценка общего числа в группах показала, что после реконструкции раневые осложнения развились у 33,7% тогда как при коррекции отмечено увеличение раневых осложнений до 49,6%. Наш сравнительный анализ показал частоту развития сером между двумя методиками имплантации протеза, так при коррекции брюшной стенки частота сером составила 35,1%, а при реконструкции 24,5%, что ставит под сомнение теорию о резорбции серозного отделяемого остатками грыжевого мешка и большим сальником. Данный факт также подтверждает анализ возникших осложнений в зависимости от размера дефекта апоневроза в поперечнике. Так при W2 раневые осложнения составили 33,7% так как данной группе пациентов выполнена реконструкция, то при W3 и W4 выполнена коррекция и доля раневых осложнений составила 49,6%. Еще одним фактором, влияющим на частоту возникновения ближайших раневых осложнений, является

ожирение. Если число осложнений при I степени ожирения 22%, то уже у пациентов страдающих третьей степенью отмечено увеличение раневых осложнений почти в 2 раза и достигает 41,8%. Наибольший процент осложнений 74,5% отмечен у пациентов с рецидивными гигантскими вентральными грыжами. Из них серомы возникли 58 (54,7%) на втором месте нагноения 12 (11,3%) и инфильтрат раны 9 (8,5%). Выводы. Таким образом, необходимость широкой мобилизации тканей и как следствие пересечения лимфатических капилляров при имплантации протеза в позиции onlay, а также отсутствие достаточной резорбционной функции грыжевого мешка в позиции inlay определяет высокий показатель образования клинически значимых сером, частота которых достигает 26,3% (у 46 из 175 пациентов с пластикой onlay) и 33,1% (у 48 из 145 с пластикой inlay), в свою очередь показатель частоты инфильтратов (4,0% против 7,6%) и нагноения раны (5,1% против 6,9%) также достоверно не отличался, тогда как в целом общая частота ближайших осложнений оказалась существенно выше в группе inlay-пластики – 35,4% против 47,6% ($\chi^2=4,848$; Df=1; $p=0,028$). На этом фоне наиболее значимым предиктором риска развития ближайших осложнений является фактор повторного вмешательства при рецидиве грыжи, что обусловлено наличием «дремлющей инфекции» скрытой в оставшихся лигатурных гранулемах или рубцово-измененных тканях. Так, общая частота ближайших осложнений в группе первичной герниопластики составила 17,6% (у 9 из 51 пациента) при обширных грыжах и 28,6% (у 28 из 98 пациентов) при гигантских грыжах, тогда как после вмешательств при рецидивных грыжах она составила – 38,5% (у 25 из 65 пациентов; $\chi^2=5,976$; Df=1; $p=0,015$) и 65,1% (у 69 из 106 пациентов; $\chi^2=27,236$; Df=1; $p<0,001$) соответственно, в целом после пластики всех первичных грыж частота осложнений составила – 24,8% (у 37 из 149 пациентов) и после операций по поводу рецидивов – 55,0% (у 94 из 171 пациента; $\chi^2=29,912$; Df=1; $p<0,001$). Наличие сопутствующего ожирения 1-3 степени также достоверно увеличивало риск развития ближайших послеоперационных осложнений, частота которых составила 15,6% (у 7 из 45) пациентов с нормальной или повышенной массой тела, и существенно повышалась при нарастании степени избытка веса – 32,4% (у 36 из 111; $p<0,05$) – при 1 степени, 48,9% (у 45 из 92; $p<0,05$) – при 2 степени и 59,7% (у 43 из 72; $p<0,05$) – при 3 степени.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Хужабаев С.Т., Шакулов А.М., Гафурова Ф.Ф.
Самаркандский государственный медицинский университет.

Актуальность. Проблема хирургического лечения обширных и гигантских послеоперационных вентральных грыж является актуальной во всем мире несмотря на совершенствование высоких технологий и внедрения новых методик лечения ведущими хирургическими центрами. По данным рандомизированного контролируемого исследования, о котором сообщил Burger, частота рецидивов через 10 лет составила 67% в группе пластики швами по сравнению с 32% в группе пластики сеткой. Иначе говоря, при оценке эффективности разработанного алгоритма



мероприятий по снижению послеоперационных осложнений немаловажное значение имеет отдаленный период, когда в ряде случаев новая разработка может привести к неожиданным результатам и последствиям.

Материалы и методы. В исследование включено 448 пациентов с обширными и гигантскими ПОВГ, находящихся на лечении в хирургическом отделении 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института в период с 2012 по 2021 гг., которые были условно разделены на две группы: в основную группу включено 128 больных, оперированных в период с 2020 по 2021 гг, в группу сравнения - 320 пациентов, оперированных с 2012 по 2019 год включительно. Были проведены экспериментально-морфологические исследования: разработка экспериментальной модели послеоперационной большой вентральной грыжи (ПОВВГ); изучение в эксперименте эффективности новых методов комбинированной пластики послеоперационных грыж; разработка метода лазерной фотодинамической терапии (ФДТ) в предупреждении инфекционных осложнений при аллогерниопластике послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ). При этом проведена оценка морфологических особенностей состояния тканей при протезной пластике по предложенному способу. Для оценки результатов диагностики и хирургического лечения наряду с рутинным комплексом обследования применены современные методы, включающие лучевые и лабораторные методы. Полученные результаты были статистически обработаны с акцентом на оценку достоверности полученных результатов. Разработанный способ профилактики развития раневой инфекции при аллопластике ПОВГ грыж гарантирует усиление антибактериального эффекта отечественно антисептического средства ФарГАЛС и стимуляцию локальной репаративной активности за счет обеспечения фотосенсибилизирующего и фотодинамического эффекта на фоне воздействия низкоэнергетического лазерного излучения. **Обсуждение.** Для оценки клинических результатов применения предложенных тактико-технических аспектов проведено исследование в двух группах. Отдаленный результат прослежен у 316 пациентов группы сравнения и 127 пациентов основной группы (исключены 4 летальных случая в группе сравнения и 1 летальный случай в основной группе).

Анализ сравнительной частоты отдаленных раневых осложнений в зависимости от размеров грыжи показал, что в группе сравнения чаще отмечено сморщивание протеза – 3,5% при обширных и 4,0% при гигантских грыжах, тогда как в основной группе при обширных грыжах сморщивания протеза не отмечено ни в одном случае, а при гигантских грыжах встретилось лишь в 1 (1,3%) случае. Аналогичная ситуация с частотой кожно-протезных свищей: в группе сравнения 3,5% при обширных грыжах и 5,5% при гигантских, тогда как в основной группе 2,0% при обширных и 2,6% при гигантских грыжах. Отрыв же протеза с образованием постпротезной грыжи отмечен только в группе сравнения: 3(2,6%) случая при обширных и 7(3,5%) при гигантских грыжах. В целом, в отдаленном периоде после пластики обширных грыж в группе сравнения отмечено 9,6% осложнений, в основной группе 2,0% ($\chi^2=2,957$; $Df=1$; $p=0,086$). После пластики гигантских грыж в группе сравнения отмечено 12,9% осложнений, в основной группе 3,9% ($\chi^2=4,869$; $Df=1$; $p=0,028$). Общее количество отдаленных осложнений значительно снизилось в основной группе с 11,7% до 3,1% ($\chi^2=7,902$; $Df=1$; $p=0,005$), как за счет уменьшения сморщивания протеза 1 (0,8%),

кожно-протезных свищей 3 (2,4%), так и за счет отсутствия отрыва протеза. При сравнении частоты отдаленных раневых осложнений в зависимости от размеров дефекта апоневроза становится видно, что частота отдаленных осложнений напрямую связана с размером дефекта апоневроза и возрастает от W2 до W4 (табл. 2). Если при W2 вышеуказанные отдаленные осложнения выявлены у 8,6% пациентов в группе сравнения и у 1,6% в основной группе, при W3 - 13,4% и 4,4% соответственно, то при W4 уже – 20,0% и 5,3% соответственно. Мы выделили из всех больных рецидивные грыжи и провели анализ отдаленных осложнений среди них. У 8 (12,5%) из 64 больных с обширными рецидивными грыжами группы сравнения были отмечены специфические осложнения, в основной группе у 1 (3,8%) из 26 больных ($\chi^2=1,538$; Df=1; $p=0,215$). Гигантских рецидивных грыж было на порядок больше, поэтому разница была достоверной ($\chi^2=4,258$; Df=1; $p=0,040$): у 19 (18,3%) из 104 больных группы сравнения были отмечены специфические осложнения, в основной группе у 2 (4,9%) из 41 больного. Общее количество отдаленных осложнений значительно снизилось в основной группе с 16,1% до 4,5% ($\chi^2=7,902$; Df=1; $p=0,017$), как за счет уменьшения частоты сморщивания протеза с 9 (5,4%) до 1 (1,5%), кожно-протезных свищей с 11 (6,5%) до 2 (3,0%), так и за счет отсутствия отрыва протеза. Следует отметить, что при первичной пластике в группе сравнения осложнения отмечены в 10 (6,8%) случаев из 148 больных, тогда как в основной группе в 1 (1,7%) случае из 60 больных. Если обобщить, то можно получить сводную частоту отдаленных осложнений в группах сравнения. С учетом размеров грыжи: при обширных грыжах удалось снизить количество осложнений с 9,6% до 2,0% ($\chi^2=2,957$; Df=1; $p=0,086$), при гигантских грыжах с 12,9% до 3,9% ($\chi^2=4,869$; Df=1; $p=0,028$). С учетом размера дефекта апоневроза: при W2 удалось снизить количество осложнений с 8,6% до 1,6% ($\chi^2=3,635$; Df=1; $p=0,057$), при W3 с 13,4% до 4,4% ($\chi^2=2,611$; Df=1; $p=0,107$), при W4 с 20,0% до 5,3% ($\chi^2=2,201$; Df=1; $p=0,138$). С учетом степени ожирения достоверного отличия в группах также, как и при учете размера апоневроза не выявлено. Выявлено достоверное различие при пластике рецидивных грыж в виде уменьшения отдаленных осложнений с 16,1% до 4,5% ($\chi^2=5,781$; Df=1; $p=0,017$). А также в целом по группам можно констатировать достоверное различие ($\chi^2=7,902$; Df=1; $p=0,005$): количество всех отдаленных осложнений составило в группе сравнения 37 (11,7%), в основной группе 4 (3,1%).

Вывод. Внедрение усовершенствованной методики ненатяжной протезной пластики ПОВГ в совокупности с применением предложенного варианта профилактики развития раневых осложнений позволило снизить частоту отдаленных осложнений с 11,7% (у 37 из 316 пациентов в группе сравнения) до 3,1% (у 4 из 127 пациентов в основной группе; $\chi^2=7,902$; Df=1; $p=0,005$), в том числе сморщивание протеза с 3,8% (у 12 больных) до 0,8% (у 1 пациента), формирование кожно-протезных свищей с 4,7% (15) до 2,4% (3), а также нивелировать риск отрыва протеза с образованием парапротезной грыжи (с 3,2% (10) до 0%). При этом отмечено существенное снижение риска развития этих осложнений при наиболее сложных ситуациях, в частности при аллогерниопластике гигантских грыж с 12,9% (у 26 из 201 пациента в группе сравнения) до 3,9% (у 3 из 77 пациентов в основной группе; $\chi^2=4,869$; Df=1; $p=0,028$) и после пластики рецидивных ПОВГ с 16,1% (у 27 из 168



пациентов в группе сравнения) до 4,5% (у 3 из 67 пациентов в основной группе; $\chi^2=5,781$; $Df=1$; $p=0,017$).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МИКРОФЛОРУ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ.

**Чотчаева Э.М., Балаева М.Б., Хачатурян А.Э., Хачатурян Э.Э.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Актуальность темы. Лечение апикального периодонтита, как источника хронической инфекции и причины развития тяжелых заболеваний челюстно-лицевой области, является одной из важных проблем в стоматологии. Успех лечения во многом определяется эффективностью воздействия антисептического препарата на микрофлору корневого канала. Поиск современных эффективных препаратов для медикаментозной обработки корневых каналов до сих пор актуален. Цель исследования: определение эффективности различных методов медикаментозного воздействия на микрофлору корневого канала при хроническом апикальном периодонтите.

Задачи исследования:

- 1) изучить состав микрофлоры корневых каналов при хроническом апикальном периодонтите.
- 2) изучить чувствительность микроорганизмов при апикальном периодонтите к антисептическим средствам.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры терапевтической стоматологии и кафедры микробиологии СтГМУ.

В группу обследуемых пациентов входило 12 человек с хроническим апикальным периодонтитом зубов, в возрасте от 30 до 50 лет, без общесоматической патологии. Было проведено клиническое, рентгенологическое, бактериологическое исследование по рекомендации ВОЗ, которое включало в себя основные и дополнительные методы исследования.

Исследуемые пациенты были случайно разделены на три равные клинические группы, сопоставимые по соматическому, иммунологическому статусу и проведенному ранее лечению. Лечение пациентов с хроническим апикальным периодонтитом состояло из инструментальной обработки, медикаментозной обработки и пломбирования корневого канала. Для проведения лабораторного исследования были подготовлены специфические питательные среды: среда Сабуро, кровяной агар, желточно-солевой агар для идентификации *Candida albicans*, *E. Coli*, *Staphylococcus aureus*. В начале работы был произведен забор содержимого корневого канала бумажным штифтом. Исследуемый материал корневых каналов зубов с хроническим апикальным периодонтитом высевали на питательные среды в чашки Петри и отправляли в термостат на 24 часа при температуре -37°C . На следующие сутки чашки Петри извлекали из термостата и проводили учет роста микроорганизмов. Далее была произведена инструментальная обработка корневых каналов эндомотором. Затем для оценки чувствительности флоры к антисептической

и ультразвуковой обработке была произведена медикаментозная обработка в корневых каналах. В первой клинической группе проводилась обработка корневых каналов 2%хлоргексидином совместно с фотодинамической терапией диодным лазером. Методика фотодинамической терапии следующая: в корневой канал вводилась фотосенсибилизатор-краситель на 60сек. Далее вымывалась дистиллированной водой и осуществлялась экспозиция диодным лазером. Во второй клинической группе проводилась медикаментозная обработка корневых каналов промыванием раствором 3% гипохлорита натрия совместно с фотодинамической терапией диодным лазером. В третьей клинической группе проводилась обработка исключительно 3% гипохлоритом натрия. Далее осуществлялся повторный забор содержимого корневого канала с последующим высеванием на питательную среду.

Результаты исследования. При анализе видового состава микробиоты, взятой до медикаментозной обработки, результаты исследования всех трёх групп пациентов показали статистически незначительную разницу.

Так, результат зоны роста микроорганизмов во всех трех группах составил в среднем у *Staphylococcus aureus* - 10*3мм, *Candida albicans* - 10*3, *E. Coli* - 10*4

Анализ видового состава микробиоты, взятой после использования исследуемых нами антисептических препаратов показал, что степень остаточной контаминации в результате медикаментозной обработки оказалась различной в группах сравнения.

Так, в первой исследуемой группе зона задержки роста в среднем для *S. Aureus* составила 20,17мм, для *Candida albicans* 20,75мм, для *E.coli* -20,42мм. Во второй исследуемой группе зона задержки для *S. Aureus* составила 21,58 мм., для *Candida albicans* 22,33мм, для *E.coli* -20,58мм. В третьей исследуемой группе зона задержки роста составила для *S. Aureus* составила 19,33мм., для *Candida albicans* 20,67мм, для *E.coli* -20,33 мм. Сравнивая между собой результаты задержки зон роста микроорганизмов с применением различных методов медикаментозной обработки корневых каналов зубов, можно сделать вывод о том, что наилучший результат был получен во 2 группе пациентов. Вывод. На основании клинических и лабораторных исследований можно сделать вывод о том, что использование 3% гипохлорита натрия с применением методики фотодинамической терапии диодным лазером, является наиболее эффективным методом лечения хронического апикального периодонтита, вследствие уменьшения зоны роста *Staphylococcus aureus* на 4%, *Candida albicans* на 5%, *E. Coli* на 7% по сравнению с другими группами.

ЭВОЛЮЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

**Шарапов.Т.Л., Сигал Е.И., Бурмистров М.В., Холоманова К.В., Гордеев М.Г.,
Ибатуллин И.И**

**ГАУЗ "Республиканский клинический онкологический диспансер" имени
профессора М. З. Сигал (РКОД) г. Казань**

Актуальность: ЗНО пищевода (РП) является одним из агрессивных заболеваний и занимает одну из лидирующих позиций по смертности во всем мире. За последние



несколько десятилетий произошли изменения в патогенетическом развитии ЗНО: дифференцировка клеток стала хуже, при этом вырос % вовлечения в патологический процесс регионарных лимфатических узлов. При этом, если раньше считалось, что основное лечение рака пищевода – это хирургическое, то в настоящее время считается, что рак пищевода должен лечиться комплексно.

Цель исследования: изучить как изменялся подход в лечении рака пищевода в условиях РКОД; выявить закономерность в изменении тактики лечения ЗНО пищевода; оценить нынешнюю тактику в лечении рака пищевода; исследовать молекулярно-генетический подтип рака пищевода в популяции республики Татарстан; Ключевые слова: рак пищевода; комплексное лечение, сочетанная химиолучевая терапия; операция McKeown; FAST – TRACK; иммунотерапия; флуоресцентная ангиография; гены-супрессоры.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ комплексного лечения с выделением основных достижений в лечении рака пищевода. Объект исследования: 2784 пациента от 22 до 95 лет с установленным диагнозом, проходивших комплексное лечение в республиканском онкологическом диспансере с 1988 по 2023 гг. включительно. Оценивались следующие параметры: пол, возраст, объем лечения, патологогистологическое исследование, классификация по TNM, наличие осложнений.

Результат исследования: мониторинг результатов показал, что за последние несколько десятилетий произошла эволюция в лечении рака пищевода. Группу интереса составили 1799 пациентов. Выявлены изменения в тактике введения – это развитие мультидисциплинарных смежных врачебных консилиумов. Изменение в тактике лечения рака пищевода: С 1988 года по 2013 гг. проведение дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) в предоперационном периоде;

С 2014 г. - сочетанной химиолучевой терапии (СХЛТ);

С 2018 г. - внедрение ПЭТ-fusion перед проведением СХЛТ.

Также произошли изменения в «самой» хирургии: Развитие эндохирургии:

применение при ранних формах рака пищевода малоинвазивных внутрипросветных эндоскопических вмешательств; использование видеоторакоскопии, видеолaparоскопии при экстирпациях пищевода; Использование элементов FAST TRACK: Сокращение сроков нахождения в условиях стационара; Ранняя активация; Питание.

Решение тем или иным способом проблемы несостоятельности пищевода анастомоза:

Формирование эзофагогастроанастомоза с применением атравматического шовного материала;

Мобилизация 12 - перстной кишки по Кохеру; Применение инструментальных методов обследования. А также внедрение методики «Флуоресцентная ангиография» с применением препарата «Индоцианин зеленый» для диагностики нарушений микроциркуляций с 2023 года. С 2021 г. проведение клинко-экспериментального исследования по молекулярно-генетическим аспектам злокачественного новообразования пищевода. Проведен молекулярно-генетический анализ в популяции больных плоскоклеточным раком пищевода в республике Татарстан с акцентом на гены-супрессоры: ATM (c.5645G> A), BRSA 1, BRSA 2 (c.5590G> A), CHEK - 2

(с.499G> A; с.470T> C), RAD51C (с.710G> A), PALB2 (с.3306C> G). Установлена частота встречаемости каждого молекулярно-генетического подтипа, а также получены данные их связи с выживаемостью пациентов в зависимости от применяемых методов лечения. Проведение иммунотерапии с 2023 года с использованием лекарственного препарата «Ниволумаб» у пациентов со злокачественным новообразованием пищевода после комплексного лечения (предоперационная СХЛТ + хирургическое лечение) при наличии mts в регионарных л/у (N1-3) на основании получения патологогистологического исследования и при наличии PDL мутации «+».

Вывод: внедрение изменений в тактике введения пациентов позволило снизить развитие послеоперационных осложнений, а также увеличить продолжительность жизни у данных пациентов. Молекулярно-генетический анализ позволил проанализировать эффективность мероприятий в области скрининга, ранней диагностики, лечения и реабилитации.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ

**Шербек У.А., Василевский Э.А., Усмонкулов М.К.,
Самаркандский государственный медицинский университет, DSc, доцент,
Андижанский государственный медицинский институт, лечебный факультет
№1, 2-курс, 201-группа, Самарканд, Узбекистан.**

Актуальность. Свищи прямой кишки – одно из самых частых проктологических заболеваний. Однако до сих пор вопросы диагностики, и способы оперативной лечения полностью не разрешены и нередко становится предметом дискуссий.

Цель исследования: Усовершенствовать оптимальные методы диагностики и эффективных способов хирургического лечения свищей прямой кишки.

Методы исследования: Нами прооперированы 830 больных с различными формами параректальных свищей. Из них мужчин - 70,5%, женщин - 29,5%. Возраст больных 21-30 лет. У 80 (7,4%) больных возникновение и формирование свища прямой кишки было следствием самопроизвольно-вскрывшегося и нелеченного острого парапроктита. С целью определения сложности свищевого хода 672 больным произведена фистулография, 158 больным компьютерная томография.

Оперативное лечение было применено нами у всех наблюдавшихся больных со свищами прямой кишки. Показаниями к операции явились наличие свища прямой кишки и выделение гноя из прямой кишки при неполных внутренних свищах. Из 830 больных рассечение свища в просвет прямой кишки с иссечением свищевого хода произведено у 247 с интрасфинктерным свищом, иссечение свища с ушиванием дна и восстановлением сфинктера – у 525 с трансфинктерным свищом, иссечение свища с ушиванием культи и дозированной сфинктеротомией – у 158 с экстрасфинктерным свищом.

Результаты. Использование глухого шва на рану после иссечения трансфинктерных свищей способствует более быстрому заживлению раны,

уменьшению сроков пребывания больных в стационаре до 8-10 дней и тем самым улучшению реабилитации больных.

Оперативные вмешательства по поводу свища прямой кишки сопряжены с возможностью возникновения осложнений, ухудшающих результат лечения. Послеоперационный период у наблюдавшихся нами больных отличается благоприятным течением, лишь у 6 больных отмечен рецидив заболевания.

Вывод: Своевременная диагностика с применением ультрасонографии, фистулографии, компьютерной томографией и адекватное оперативное вмешательство является радикальным способом лечения острого парапроктита.

Заявка на участие в конференции

“Инновационный подход к актуальным проблемам медицины”

АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ГРЫЖ ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Шербек У.А., Дадабаев О.Т., Шавази Р.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет, DSc, доцент, Андижанский государственный медицинский институт, PhD, лечебный факультет №2, 6-курс, 621-группа, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с вентральными грыжами и сопутствующей абдоминальной патологией путем оптимизации тактико-технических аспектов единовременного выполнения симультанных операций с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненапряжных методов пластики.

Материал и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 31 больного с вентральной грыжей и сопутствующей патологией органов брюшной полости. Симультанная патология органов брюшной полости, требующая хирургической коррекции при вентральных грыжах, составила 52,8%. Чаще всего выявлены такие заболевания как: желчнокаменная болезнь (30,1%), патология органов малого таза у женщин (30,8%), спаечная болезнь брюшной полости и хроническая кишечная непроходимость (46,7%), а также ожирение III – IV ст. и абдоминоптоз (29,7%). При расположении сопутствующей абдоминальной патологии на удаленном расстоянии от грыжевого дефекта (M1S8 или M3S2) приоритетно выполнение симультанного этапа с применением лапароскопической техники, что успешно выполнено 37,5% пациентам.

Таким образом из 31 больных основной группы лапароскопическая коррекция как основной так и симультанной патологии произведено 7 (22,5%), эндовидеохирургическая коррекция симультанной патологии проведено 5 (16,1%).

Вместе с тем, у 21 (67,7%) больных основной группы оба этапа операции выполнены из герниолапаротомного доступа. Поводом для этого послужило близкое расположение патологии органов брюшной полости к грыжевому дефекту.

Результаты исследования. Для оценки эффективности результатов лечения больных в сравниваемых группах в качестве основных критериев использовали

следующие параметры:- абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;- внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода;- раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде. Таким образом, по результатам исследования, осложнения в сравниваемых группах в ближайшем послеоперационном периоде были следующие: - абдоминальные осложнения у 4,8% и 2,2%; -внеабдоминальные осложнения (бронхолегочные и сердечно сосудистой системы) у 6,7% и 2,2%; -развитие компартмент синдрома 1,9% (только в группе сравнения); -раневые осложнения у 6,7% и 1,7%; - летальность 0,9% (только в группе сравнения) в основной и группе сравнения соответственно. Проанализированы отдаленные результаты у 260 (78,5%) больных из 331 оперированных. Рецидив вентральной грыжи отмечен у 6 (1,8%), При рассмотрении временных характеристик отмечено, что продолжительность лечения в стационаре составило в основной гр. – $8,3 \pm 0,6$ суток

Выводы

Оптимизация тактико – технических аспектов единовременной хирургической коррекции вентральных грыж и сочетанной абдоминальной патологии с приоритетным использованием эндовидеохирургических технологий и ненатяжных методов аллопластики позволило снизить частоту послеоперационных осложнений до 5,3%.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Шеркулов К.У., Дадабаев О.Т., Болтаева Н.К.

Самаркандский государственный медицинский университет, ассистент, Андижанский государственный медицинский институт, студент 321-группы лечебного факультета №2, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Является улучшение результатов лечения больных со свищами прямой кишки путем оптимизации методов диагностики и выбора объема операции.

Материал и методы. Основу клинического материала составили данные медицинских карт 254 пациентов с свищами прямой кишки, за период с 2017 по 2023 год. Возраст больных 16-64 лет, женщин-183, мужчин-71. Для изучения и сравнения результатов лечения, все пациенты были распределены на следующие группы:

I- контрольная группа была представлена 37 пациентами, которым была проведена стандартная, традиционная терапия, II-основная группа была представлена 217 больными, при лечении которых были использованы новые подходы диагностики и лечения больных со свищами прямой кишки. По статистике, примерно 92% больных со свищами прямой кишки связывают начало заболевания ранее перенесенным острым парапроктитом. Форма наружного отверстия, отверстий свища и расстояние от края ануса не являются показателем глубины прохождения свищевого хода. Наличие такого подкожного “шнура” обычно характерно для неглубоких подкожных интра- и трансфинктерных свищей. Пальцевое исследование позволяет сразу, хотя бы приблизительно, выяснить тонус и силу сокращения



сфинктера, а также делить наличие и локализацию внутреннего свищевого отверстия в анальном канале или хотя бы локальную болезненность участка стенки анального канала. Пальцевое исследование в сочетании с зондированием свища является основным приемом для дифференцировки парапроктита и других параректальных нагноений, таких как фурункул, карбункул, флегмона, киста ректовагинальной перегородки, бартолинит у женщин или парауретрит у мужчин. Нами был использован модифицированный вариант радикальной операции, который был применен у всех 217 больных со свищами прямой кишки, госпитализированных в клинику за это время.

Выводы. Таким образом, Предложенная нами методика приводит к более гладкому течению послеоперационного периода, уменьшению болевого синдрома, снижению риска возникновения недостаточности анального сфинктера, ускорению заживления раны промежности, сокращению частоты послеоперационных осложнений, уменьшению длительности пребывания больных в стационаре.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Шерназаров А.Т.

Ферганский филиал института переподготовки и повышения квалификации специалистов по физической культуре и спорту, Фергана, Узбекистан

Здоровый образ жизни – это образ мышления и стиль поведения, основанные на биологических и морально-нравственных законах, и соответствующие исторически сложившимся национальным, духовным и культурным традициям общества. Здоровый образ жизни является основой истинно счастливой жизни, гарантирует активное долголетие, помогает понять себя и смысл жизни, придает красоту и творческий характер человеческой жизни. В здоровом образе жизни должны проступать стремление к естественной (природной) красоте, физическому совершенству и чистоте, достижению душевной гармонии с самим собой в соответствии с нравственными законами общества, исключению из жизни саморазрушающего поведения (табакокурения, алкоголизма, наркомании и др.). Образ жизни формируется тем обществом, в котором живет человек, и закладывается семейным, школьным и бытовым воспитанием. В социальном плане можно выделить следующие базовые условия для здорового образа жизни: – наличие исторически сложившейся национальной культуры и преемственности поколений; – последовательность государственной идеологии (двойной коренной идеологический перелом, пережитый нашим народом в прошлом столетии, подорвал его душевное здоровье); – наличие реального и привлекательного образа будущего, общественного и личного; – наличие свободы как осознанной необходимости, общественных условий и личностных возможностей в формировании своей жизненной позиции, гражданской ответственности; – возможности удовлетворения насущных материально-бытовых потребностей индивидов и семей. Важнейший психологический жизнестроительный фактор - наличие убедительных свидетельств заботы общества о своих гражданах, справедливого и ответственного отношения к ним со стороны государственных чиновников. На первый план жизни человека в настоящее время выходят социально-



психологические проблемы, растет степень алкоголизации и наркотизации общества, создается и внедряется шизоидное, эстетически уродливое искусство. В психологическом и духовном плане формирование здорового образа жизни невозможно без опоры на классическую культуру и религиозную этику. Физически здоровый, но морально ущербный человек социально нездоров и опасен. Увлечение значительной части современной молодежи галлюциногенным «искусством», виртуальным общением через интернет формирует бессмысленную и эмоционально пустую жизнь, ведет к саморазрушающему поведению. Избыток информации без способности осмысления ее, навязанные коммуникации вызывают информационный стресс, деформируют личность, повышают психологическую уязвимость и ранимость. В современном обществе коммерциализированные СМИ выполняют разрушающую душу функцию. Практически утеряна просветительная и воспитательная роль телевидения. В угоду коммерческой выгоде подается псевдонаучная информация, извращается истинная суть событий. Пропаганда культа богатства, воинствующего эгоизма, карьеризма, дающего возможность жить по законам вседозволенности; разврата, социального насилия, психической патологии, демонстративная абсолютизация представления, что «все продается и все покупается», порождает нравственный нигилизм, провоцирует протестное девиантное поведение значительной части населения, не имеющего возможностей для социально адекватной самореализации. Сломленные духовно, истощенные душевно молодые люди и подростки становятся легкой добычей организаторов преступных группировок, авантюристов, сектантов, прочих деструктивных элементов. Реализуется биологическая потребность быть в толпе (стаде). Доминирование в современном обществе научного познания и технического преобразования мира негативно сказывается на нравственности общества и его граждан. Научная парадигма основана на разделении, сравнении, противопоставлении, абсолютизации различий. Все ускоряющаяся техническая перестройка мира формирует материально-механистическое мышление человека, усугубляет атомизацию общества. Одиночество, непонимание, ненужность, примитивность жизненного уклада становятся уделом большинства граждан. Из жизни уходит ее смысл, теряется любовь как способ мироощущения. Происходит падение человека с социального на биологический уровень существования. Биологический способ борьбы человека за выживаемость проявляется агрессивным поведением во всех сферах жизни: вербальной, физической, сексуальной. Разрушается совесть, страдает душа, расцветает депрессия. Увеличиваются зависимость от психоактивных веществ, девиантное, делинквентное и суицидальное поведение, протестное стремление выделиться безобразием в одежде, поведении, словесных выражениях. Негативные тенденции коснулись и образования, которое часто подменяется обучением, лишенным гуманитарного начала и воспитания. Мало уделяется внимания формированию социально зрелой личности. Педагоги перестали быть Учителями, стали преподавателями – поставщиками определенных профессиональных и научных знаний, преимущественно заимствованных у западных исследователей. Практически исчезли научные школы, высоко эрудированные личности, мудрые люди.

Можно как угодно объяснять эту социальную тенденцию, отрицать или признавать, восторгаться или обличать, но факт остается фактом: общество морально

деградирует. Дорогу к спасению через достижение душевной и материальной стабильности, служение обществу, готовность перенести любые лишения и страдания ради благородной идеи и достойного будущего находят немногие. Призывы к здоровому образу жизни, очищению и спасению души большинством наших граждан воспринимаются как не имеющие для них смысла. Без доброты и любви в душе никакой мир немил. Без повышения культуры в обществе, восстановления уважения к нравственным законам и к личности утвердить веру в смысл правильной жизни невозможно. А без этой веры нет готовности к служению обществу и отечеству. Опыт западных стран и России показывает, что в целом здоровье нации и каждой личности в отдельности есть отнюдь не прерогатива и гарантия специализированного ведомства – государственного или частного здравоохранения, или гигиенически-профилактического корпуса государства и его регионов. Утомление популяции, социальные потрясения и техногенные катастрофы, химико-токсическое загрязнение среды обитания – все это становится настолько всеобъемлющим, что никакая одна или две-три специальные службы не могут гарантировать сохранение здоровья у нового поколения. Это обязанность всего общества, включая системы власти и управления. Главная причина любой проблемы – это невежество. Пока мы не поймем это, не признаем наличие основных социальных проблем, их истоков, не разработаем адекватные подходы к оздоровлению ситуации, мы не выйдем из тупика и будем обречены на потерю исторической перспективы. Таким образом, для успешной пропаганды здорового образа жизни необходима разработка комплексной многовекторной и многоцелевой государственной программы поэтапного повышения культуры всех сфер человеческих взаимоотношений, с уделением особого внимания воспитанию и оздоровлению детей и подростков. Только на основе духовных ценностей можно сформировать здоровый образ жизни и придать ему самодовлеющий смысл.

ПЕРСПЕКТИВЫ КРИОТЕХНОЛОГИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Шомуродов Х.А., Шакиров Б.М., Абдуллаев С.
Самаркандский государственный медицинский
Университет Самаркандский филиал РНЦЭМП**

Актуальность: На сегодняшний день амбулаторно - клиническая помощь является не только самой доступной, но и самой массовой, охватывающей около 80% пациентов. Перспективность дальнейшего развития амбулаторной хирургии, основанной на использовании современных малотравматичных методик, в настоящее время ни у кого не вызывает сомнений. В последние годы наибольшее распространение получил лечение послеожоговых рубцов криогенный метод лечения в амбулаторных условиях. Цель исследования: является обеспечить крио деструкцию патологического очага в процессе его замораживания на поверхности либо в глубине органа без повреждения окружающих здоровых тканей.

Материалы и методы исследования: В Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно - практического центра дерматовенерологии и



косметологии криовоздействие применяется с 2010 года. Под нашим наблюдением находились 46 больных с 2018 года с келоидными и гипертрофическими рубцами возрасте от 3 до 56 лет. Рубцы располагались чаще всего на открытых поверхностях тела: лицо, кисть, предплечья и тыльная поверхность стопы. Во всех случаях была диагностирована растущие рубцы, как по своим клиническим признакам, так и по длительности существования. Основными жалобами, предъявляемыми больными и заставляющими их обращаться за медицинской помощью, были косметически грубый вид, рост рубцов. Постоянный зуд и нарушение функции сустава. Размеры рубцов были ограничены по площади в пределах 30-70 см². Высота рубцов колебалась от 3 мм до 18 мм. Все рубцы имели бугристый вид с синюшно - цианотическим или багрово – цианотичным отеком, болезненны при надавливании.

Результаты исследования: как показали результаты собственных наблюдений, низкая себестоимость оборудования, простота и доступность применяемых методик, обеспечивающих минимальную травматизацию тканей, стойкие положительные результаты в отдалённом периоде с хорошим косметическим эффектом и сокращение сроков нетрудоспособности больных позволяют считать криохимию в лечении именно данной патологии одним из наиболее перспективных направлений в поликлинической медицине.

Выводы: Таким образом, криохимию эффективный метод лечения послеожоговых рубцов сверхнизкими температурами. Это позволило усовершенствовать метод хирургического лечения послеожоговых рубцов, повысить его эффективность, сделать доступным для применения в амбулаторных условиях.

Гормонально-неактивная аденома гипофиза: современные подходы к диагностике и лечению.

Шомуродова Мохинур Фахриддин кизи.

Ташкентский международный университет Кимё. Студент факультета <Лечебное дело>, 2-го курса.

Научный руководитель: ТДПУ профессор, доктор медицинских наук Машарипов Ражаббой Рахимовичь.

Анотация.

Гормонально-неактивная аденома гипофиза — неоднородная группа, состоящая из различных опухолей. Такие опухоли либо не обладают секреторным потенциалом. Либо имеют его, но выраженным в недостаточной, для выявления в крови уровня соответствующих гормонов передней доли гипофиза и развития специфической клинической картины, степени. Медикаментозная терапия гормонально-неактивных аденом основана на наличии рецепторов к соматостатину и дофамину в клетках аденомы гипофиза. Представлены данные о технологиях стереотаксической радиохимию лучевой терапии.

Ключевые слова: гормонально-неактивные аденомы гипофиза; гипофиз; анатомия; стереотаксическая радиохимию; консервативная терапия; зрительный дефицит.

Гормонально-неактивные аденомы – это доброкачественные новообразования гипофиза, возникающие из аденогипофизарных клеток и не имеющие клинических или биохимических признаков избытка гормонов. Эта группа опухолей составляет, по разным данным, 14–54% от общего числа аденом гипофиза (вторые по частоте после

пролактином), распространенность составляет 7:100 тыс. населения, причем большинство из них являются макроаденомами [1]. Неактивные аденомы гипофиза, в отличие от гормонально-активных, редко диагностируются на стадии, так называемых, эндоселлярных. В тех случаях когда опухоль находится в пределах турецкого седла и чаще являются случайной находкой. Это объясняется стертой клинической картины в этот период заболевания. Одним из ранних симптомов является умеренная гиперпролактинемия, обусловленная гиперпролактинемическим или гипогонадотропным гипогонадизмом.

Диагностика.

Клиническая картина заболевания определяется локализацией опухоли. Пациенты в большинстве случаев (19–95%) испытывают головную боль из-за растяжения твердой мозговой оболочки, содержащей болевые рецепторы; в случае если опухоль распространяется на пещеристый синус, вследствие действия на центральную часть хиазмы может возникать битемпоральная гемианопсия (41%); имеют место и другие дефекты полей зрения. Также выявляются поражение глазодвигательного, блокового и отводящего нервов в зависимости от направления роста опухоли, височная эпилепсия, гидроцефалия, ликворея, окклюзия внутренней сонной артерии (более редкие) [2]. Если в опухоли возникает кровоизлияние или ишемия, то может возникать состояние называемое апоплексией (встречается в 2–12% случаев аденом гипофиза). Она проявляется синдромом апоплексии гипофиза, включающим в себя внезапную резкую головную боль, снижение остроты зрения или изменения его полей, гипопитуитаризм, офтальмопарез, тошноту, расстройства психического состояния [3].

Для диагностики гормонально-неактивных аденом гипофиза проводится боковая рентгенография черепа, КТ и/или МРТ исследование. При отсутствии на снимках признаков роста опухоли или отсутствии нарушений зрения при продолжающемся росте применяют выжидательную тактику, для пациентов с неоперабельными аденомами или серьезными осложнениями используется радиотерапия, а в остальных случаях показано хирургическое лечение. Проводится обследование такими специалистами, как нейроофтальмолог, отоневролог, невролог, нейрохирург.

Лучевая терапия.

Облучение опухолей гипофиза в настоящее время производится несколькими методами, могут применяться как радиотерапевтические (широкопольное облучение двух-, трехпольное, ротационный метод), так и радиохирургические комплексы лечения. Для каждого вида новообразований селлярной и параселлярной областей существует свои показатели к дозам облучения, причем они различаются для первичного и послеоперационного облучения опухолей. Лучевая терапия может быть представлена фракционированной конформной радиотерапией и стереотаксической радиохирургией, которая подразделяется на одномоментную (для воздействия высокой дозой облучения; показана большая эффективность в отношении гормонпродуцирующих аденом) и фракционированную (для воздействия на крупные новообразования) [4]. Стереотаксическая радиохирurgia может использоваться при неполном удалении опухоли после субтотальной резекции, возобновлении ее роста, невозможности провести хирургическое лечение [5]. Одним из направлений стереотаксической радиохирургии является использование гамма-ножа. Доза

облучения менее 12 Гр считается малоэффективной, но может использоваться в случае повторной операции и для обеспечения интактности зрительных нервов и хиазмы [6]. Для ожидаемого максимального эффекта с минимальным уровнем осложнений, у пациентов с новообразованиями селлярной и параселлярной областей, нужны определенные критерии, такие как — новообразование в объеме не должно превышать 30мм³ и расстоянием до хиазмы и зрительных нервов должно быть не менее 5мм.

Заключение.

Вследствие отсутствия патологической секреции гормонов клиническая картина гормонально-неактивных аденом гипофиза определяется лишь локализацией опухоли, а самыми распространенными симптомами будут являться головная боль и нарушения зрения, зачастую возникающие при уже существенных размерах опухоли. В связи с этим важны ранняя диагностика гормонально-неактивных аденом гипофиза, разработка современных подходов к лечению и профилактика осложнений с учетом характера распространения опухоли и ее соотношения с различными анатомическими образованиями.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ

Эргашева Д.А.,

**студентка 513 группы медико педагогического направления лечебного
факультета Научные руководители: Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С.
Андижанский Государственный медицинский институт**

За последнее десятилетие проведенное множество исследований свидетельствуют, что распространенность социально-экономических факторов риска среди населения не проявляет тенденции к снижению. Эти факторы включены в список основных факторов риска, осуществляющие вклад «в потерянные годы жизни с учетом инвалидности». Следовательно, большой интерес представляет эпидемиологический анализ распространенности социально-экономических факторов риска в популяции ВИЧ-инфицированных, что и сделано в настоящем исследовании. Из данных видно, что распространенность социально-экономических факторов риска в обследованной ВИЧ популяции высока и составляет: низкий образовательный (НОС) – 57,0%, неблагополучный социальный статус (НСС) – 88,6%, стрессовые факторы (СФ) – 33,5%, неблагополучный семейный фактор (НСФ) – 41,6% и плохие жилищно-бытовые условия (ПЖБУ) – 53,6%. Ниже представлены данные о распространенности социально-экономических факторов риска у ВИЧ-инфицированной популяции в зависимости от возраста. Из данных следует, что распространенность всех изученных факторов риска статистически значимо различаются у ВИЧ популяции в зависимости от возраста. Среди популяции 20-69 лет частота распространенности НОС составила 57,0%. В других возрастных группах определяется с увеличением выявляемости на 12,6% или в 1,3 раз ($P<0,05$): в 20-29 лет отмечено с частотой – 52,8%, в 30-39 лет – 62,6% ($P<0,05$), 40-49 лет – 50,8%, в

50-59 лет – 50,0% и в 60-69 лет – также 50,0%. Распространенность НСФ в различных возрастных группах выявлено следующим образом: в 20-29 лет – 89,3%, 30-39 лет – 89,7%, 40-49 лет – 78,5%, 50-59 лет – 100,0% ($P<0,05$), 60-69 лет – 50,0% ($P<0,05$) и в 20-69 лет – 88,6%. СФ сравнительно высокой частотой наблюдаются в группе лиц 40-49 лет – 53,8% ($P<0,01$) и 60-69 лет – 50,0% ($P<0,01$). Частота СФ в возрасте 20-29 лет составила – 24,9%, 30-39 лет – 35,3% и 50-59 лет – 25,0%. При анализе распространенности НСФ у ВИЧ-популяции выяснилось, что частота данного фактора с возрастом увеличивается от 29,2% (в 40-49 лет) до 50,0% (в 60-69 лет), то есть на 20,8% или в 1,7 раз ($P<0,05$). В возрастной группе 20-29 лет НСФ наблюдалось с частотой – 46,7%, в 30-39 лет – 40,8% и в 50-59 лет – 37,5%. Среди обследованных распространенность ПЖБУ также была высока и в различных возрастных группах составила: в 20-29 лет – 39,6%, 30-39 лет – 64,3% ($P<0,05$), 40-49 лет – 56,9% ($P<0,05$), 50-59 лет – 62,5%, 60-69 лет – 0,0% и в 20-69 лет – 53,6%. Таким образом, логично будет предположить, что выявленные эпидемиологические данные способствуют к формированию «инновационных» профилактических действий в отношении медико-экономических факторов риска ХГДЗ у ВИВ-позитивного населения. Эти меры должны быть адекватны по масштабу и эффективности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, ОЦЕНКА НАСЛЕДСТВЕННОЙ СКЛОННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Эргашева Д.А.,

**студентка 513 группы медико педагогического направления лечебного
факультета Научные руководители: Махсумова Д.К., Ахмадалиева У.К.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Как известно, одними из самостоятельных факторов риска способствующие формирования и утяжелению течения хронических гастродуоденальных заболеваний (ХГДЗ) является – инфекционные факторы, наследственный фактор и изменение массы тела как в сторону снижения, так и в сторону повышения.

Поэтому, в нашей работе у ВИЧ-популяции проводилось изучение этих факторов и определялось «эпидемиологические маршруты» у обследованных на фоне ВИЧ-инфекции к ХГДЗ.

Результаты нашего анализа свидетельствуют, что у ВИЧ-популяции 20-69 лет сравнительно чаще наблюдается геликобактерная инфекция (94,3%) и пониженная масса тела (ПМТ) (83,0%). Существенно меньшей частотой выявляются такие факторы как наследственный фактор (НФ) (13,8%) и избыточная масса тела (ИМТ) (4,1%).

Распространенность этих факторов риска у ВИЧ-популяции женщин и мужчин составили соответственно: геликобактерная инфекция (ГБИ) – по 92,4% и 96,3% ($P>0,05$), НФ – по 12,5% и 15,7% ($P>0,05$), ПМТ – по 72,6% и 94,3% ($P<0,05$) и ИМТ – по 3,4% и 4,9% ($P>0,05$).

Мы убедились в том, что ПМТ встречаются у обследованных по сравнению с ИМТ более чем в 20,7 раз ($P < 0,001$). По сравнению с НФ и ИМТ – в 7 и 23 раз больше наблюдается такой инфекционный фактор ХГДЗ как геликобактериоз ($P_1 < 0,001$; $P_2 < 0,001$). Среди мужчин отмечено более высокая распространенность отмеченных ФР, чем у женщин: ГБИ – на 3,9% ($P > 0,05$), НФ – на 3,2% ($P > 0,05$), ПМТ – на 21,7% ($P < 0,05$) и ИМТ – на 1,5% ($P > 0,05$). Далее изучалась и оценивалась возрастные особенности выявляемости и характеристики ГБИ, НФ, ПМТ и ИМТ среди ВИЧи позитивного населения. Как видно из наших данных, ГБИ встречалась сравнительно с более высокой выраженностью в возрастных группах ВИЧи популяции 20-29 лет – 95,4%, 30-39 лет – 96,2% и 40-49 лет – 89,2%. Сравнительно реже отмечено в группе лиц 50-59 лет – 62,5% ($P < 0,05$) и 60-69 лет – 50,0% ($P < 0,05$). В среднем, у 20-69 летних обследованных данный инфекционный фактор отмечался с частотой 94,3%. Наследственная отягощенность к ХГДЗ отмеченной общей популяции 20-69 лет, как уже было отмечено выше, выявлялся с частотой не более 13,8%. С возрастом выявляемость данного фактора среди ВИЧ-инфицированных возрастает до 50,0% или в 6,5 раз ($P < 0,001$). Высокая частота распространенности НФ отмечены в возрастных группах 60-69 лет – 50,0% ($P < 0,001$) и 50-59 лет – 37,5% ($P < 0,01$). Сравнительно редко отмечалось среди лиц в возрасте 40-49 лет (7,7%), 30-39 лет (14,5%) и 20-29 лет (13,7%).

Результаты нашего анализа подтвердили высокую распространенность ПМТ во всех возрастных группах изученной популяции. Распространенность ПМТ в зависимости от возраста составили: в 20-29 лет – 65,5%, в 30-39 лет – 93,6% ($P < 0,05$), в 40-49 лет – 95,4%, в 50-59 лет – 100,0% ($P < 0,05$) и в 60-69 лет – 100,0% ($P < 0,05$). Отмечена очень низкая выявляемость ИМТ в ВИЧи популяции 20-69 лет – 4,1%. В группе лиц 60-69 и 50-59 лет – не выявлялась (0,0%), а в других возрастных группах ИМТ отмечалось со следующей сравнительно меньшей частотой: в 20-29 лет – 3,0%, в 30-39 лет – 5,5% ($P < 0,05$) и в 40-49 лет – 3,1% ($P > 0,05$). Таким образом, в ВИЧи популяции, безусловно, бросаются в глаза специфический путь формирования эпидемиологических условий в отношении ХГДЗ на фоне ГБИ, НФ, ПМТ и ИМТ. Эти закономерности должны быть отражены в лечебно-профилактических программах гастродуоденальных патологий на фоне ВИЧ-инфекции.

ОЦЕНКА «ГЛАВНЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА АНДИЖАНА

Эргашева Д.А.,

**студентка 513 группы медико педагогического направления лечебного
факультета Научные руководители: Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С.**

Андижанский Государственный медицинский институт

Длительное время «главными» факторами риска хронических гастродуоденальных воспалительно-язвенных заболеваний считались и считаются в настоящее время такие известные факторы как кислотно-пептический агрессивный фактор, дислипотеидемия и микроэлементозы (МТОЗы).

Поэтому нами проводился изучения распространенности этих «главных» ФР у популяции ВИЧ-инфицированного населения. Сразу следует упомянуть еще раз о том, что в доступной литературе для сравнения наших данных сходные сведения отсутствуют. Полученные нами результаты в этом отношении приведены ниже. Из данных следует, что у ВИЧ-позитивного населения существенно высокой распространенностью наблюдаются гипонатриемия (ГНМ) – 89,2%, кислотнопептидный агрессивный фактор (КПАФ) – 86,4% и гипокалиемия (ГК) – 72,2%. С частотой 33,1% и 30,2% отмечались липидные факторы риска – ГХС и ГТГ ($P>0,05$). Отмечается существенная разница отмеченных факторов риска у ВИЧ-популяции женщин и мужчин 20-69 лет. Так, частота распространенности основных эпидемиологических факторов риска на фоне ВИЧ-инфекции у женщин и мужчин составили – соответственно: КПАФ – по 80,6 и 92,6% ($P<0,05$), ГХС – по 29,7% и 36,8% ($P>0,05$), ГТГ – по 26,2% и 34,4% ($P<0,05$), ГКК – по 65,4 и 79,5% ($P<0,05$), ГКЦ – по 25,0 и 32,7% ($P>0,05$) и ГНМ – по 84,4 и 94,2% ($P>0,05$).

Далее изучалась возрастные особенности распространенности эпидемиологических основных факторов риска ХГДЗ у ВИЧ-инфицированной популяции. Оказалось, что распространенность КПАФ в зависимости от возраста обследованных отмечается с разницей более чем в 3,8 раза или на 69,8% ($P<0,001$). Высокие показатели частоты распространенности КПАФ наблюдается в возрастных группах 20-29 лет (92,3%), 30-39 лет (94,8%) и 60-69 лет (50,0%). Существенно низкие уровни распространенности данного фактора отмечены в группе лиц 50-59 лет (25,0%) и 60-69 лет (50,0%). Распространенность ГХС и ГТГ в зависимости от возраста ВИЧ-популяции выявлены следующим образом соответственно: в 20-29 лет – по 25,8% и 23,9% ($P>0,05$), в 30-39 лет – по 35,3% и 33,6% ($P>0,05$), в 40-49 лет – по 44,6% и 35,4% ($P<0,05$), в 50-59 лет – по 50,0 и 37,5% ($P<0,05$), в 60-69 лет – по 50,0 и 50,0% ($P>0,05$) и в 20-69 лет – по 33,1% и 30,2% ($P>0,05$). В обследованной нами ВИЧ-популяции сравнительно высокой распространенностью характеризовались МТОЗы. В частности, ГКК в группе лиц 20-29 лет отмечалась с частотой 63,4%, в 30-39 лет – 77,9% ($P>0,05$), в 40-49 лет – 80,0% ($P<0,05$), в 50-59 лет – 75,0% ($P>0,05$), в 60-69 лет – не отмечена (0,0%) и в 20-69 лет – 72,2%. Другая форма МТОЗов ГКЦ самой большой частотой выявлена в возрастной группе 50-59 лет (в 2,5%, $P<0,01$) и не отмечена у пожилых пациентов 60-69 лет (0,0%). Обращает на себя внимание более низкая выявляемость ГКЦ среди ВИЧ-популяции в возрасте 20-29 лет – 26,5%, 30-39 лет – 28,9% и 40-49 лет – 32,3%.

В различных возрастных группах ВИЧ-позитивного населения ГНМ отмечалась следующим образом: в 20-29 лет – у 86,8%, в 30-39 лет – у 91,1%, в 40-49 лет – у 92,3%, в 50-59 лет – у 87,5%, в 60-69 лет – 0,0% и в 20-69 лет – у 89,2%. В целом, эти результаты нашего исследования могут стать основой для разработки единых методологических подходов к улучшению здоровья ВИЧ-инфицированных в отношении ХГДЗ и континуума от них с учетом нами отмеченных эпидемиологических / специфических характеристик распространенности факторов риска ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции. В формировании эпидемиологических условий в отношении ХГДЗ на фоне ВИЧ-инфекции особенно заметен вклад социально-экономических факторов – 54,9%, некоторых биохимических и кислотно-пептических факторов – 45,1%, факторов питания – 62,1% и социальных факторов – 37,9%. Эти

факторы резко отличаются по характеру и вкладу от таковых в ВИЧ-негативных населенных.

ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

**Эргашева Д.А., студентка 513 группы медико педагогического направления
лечебного факультета Научные руководители: Махсумова Д.К., Алибеков Ш.О.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Как видно из представленного анализа, удельный вес алиментарного фактора у ВИЧ-инфицированной популяции выражалось существенно высокими показателями и различные нарушения в характере питания отмечались следующим образом: нерегулярное питание (НРП) – у 32,5 обследованных, еда в сухоматку (ЕСМ) – у 53,5%, переиздание (ПеРЕ) у 49,7%, прием пищи на ночь (ППН) – у 45,2%, злоупотребление острой пищи (ЗОП) – у 89,3%, злоупотребление жирной пищи (ЗЖП) – у 94,5%, злоупотребление крепкого чая и кофе (ЗЧК) – у 96,6%, злоупотребление ненаркотических лекарственных средств (ЗНЛС) – у 26,0% и низкое потребление овощей и фруктов (НПОФ) – у 71,8%. Обращает внимание высокая частота выявляемости таких алиментарных факторов риска как ЗОП, ЗЖП, ЗЧК, НПОФ и ЕСМ, которые по сравнению с другими пищевыми привычками наблюдались с увеличением более чем в 3,7 раз ($P<0,001$). Из наших данных также очевидно, что частота распространенности отмеченных алиментарных факторов были различными у мужчин и женщин. Распространенность алиментарных ФР у ВИЧ-инфицированной популяции мужчин и женщин 20-69 лет составило соответственно: НРП – по 58,6% и 8,4% ($P<0,001$), ЕСМ – по 73,4% и 35,0% ($P<0,01$), ПеРЕ – по 49,5% и 49,8% ($P>0,05$), ППН – по 40,2% и 49,8% ($P>0,05$), ЗОП – по 95,1% и 84,0% ($P<0,05$), ЗЖП – по 95,1% и 93,9% ($P<0,05$), ЗЧК – по 95,1% и 98,1% ($P<0,05$), ЗНЛС – по 34,8 и 17,9% ($P<0,01$) и НПОФ – по 82,7 и 61,5%. Ниже приведены возрастные особенности питания и их нарушения у ВИЧ-инфицированной популяции 20-69 лет, где, используя специального опросника уточнены и оценены пищевые привычки ВИЧ-инфицированной популяции в различных возрастных группах. Из представленных данных видно, что частота нерегулярного питания возрастает с возрастом ВИЧ-инфицированной популяции до 47,7% или более чем в 2,5 раз ($P<0,01$). Данный фактор не определялся у лиц в возрастных группах 50-59 и 60-69 лет (0,0%). Существенно реже выявлялось в группе обследованных 20-29 лет (19,3%); в уровнях 40,9% и 47,7% - в группе лиц 30-39 и 40-49 лет ($P<0,05$).

«Еда всухоматку» выявляется высокой частотой в возрасте 40-49 лет (73,8%), 30-39 лет (55,7%) и 20-29 лет (44,7%). В три раза меньше данная пищевая привычка отмечалась среди лиц 50-59 летнего возраста ($P<0,01$), а в возрастной группе 60-69 лет – не наблюдалась (0,0%). Частота выявляемости переиздания в различных возрастных группах ВИЧ-инфицированной популяции составила: в 20-29 лет – 50,7%, 30-39 лет – 45,1%, 40-49 лет – 60,0%, 50-59 лет – 62,5% ($P<0,05$) и 60-69 лет (25,0%). Нарушение ритма питания в виде пищевой привычки «прием пищи на ночь» среди 50-59 и 60-69 летних наблюдалось у каждого второго обследованной популяции (по 50,0%), среди лиц до 30 лет выявлена – у 45,2% популяции, в 30-39 лет – у 45,1% и в 40-49 лет – у

46,2%. Злоупотребление острой пищи имело место в группе ВИЧи популяции 20-29 лет – у 92,9%, 30-39 лет – у 96,2%, 40-49 лет – у 93,8%, 50-59 лет – 87,5% и 60-69 лет – у 100,0% ($P>0,05$). Такой же высокой частотой практически во всех возрастных группах наблюдается «злоупотребление жирной пищи»: в 20-29 лет – 92,9%, 30-39 лет – 96,2% ($P>0,05$), 40-49 лет – 93,8% ($P<0,05$), 50-59 лет – 87,5% ($P>0,05$) и в 60-69 лет – 100,0% ($P>0,05$). Заметно высокая частота «злоупотребление крепкого чая и кофе»: в группе 20-29 летних – 95,9%, 30-39 лет – 96,6%, 40-49 лет – 98,5%, 50-59 лет – 100,0% и 60-69 лет – также 100,0% ($P>0,05$). «Злоупотребление ненаркотических лекарственных средств» выявлялось с возрастанием в зависимости от возраста обследованных от 17,8% (в 20-29 лет) до 50,0% (в 60-69 лет), на 32,2% или в 2,8 раза ($P<0,01$). В других возрастных группах отмечаются с частотой – 29,4% (в 30-39 лет, $P<0,05$), 38,5% (в 40-49 лет, $P<0,01$) и 25,0% (в 50-59 лет, $P>0,05$). Следующий анализ, как это видно из наших данных, показывает частоту распространенности НПОИФ среди обследованной ВИЧи популяции с учетом их возраста. Отмечено, что сравнительно высокие показатели НПОИФ отмечаются у обследованных в возрасте 20-29 лет (72,7%), 30-39 лет (77,0%) и 40-49 лет (55,4%). У каждого второго лиц пожилого возраста (50,0%) имеет место НПОИФ и существенно реже (37,5%, $P<0,05$) НПОИФ встречается в группе лиц 50-59 лет. Безусловно, первичная, вторичная и третичная профилактика ХГДЗ у ВИЧи популяции должны быть направлены к раннему выявлению и коррекцию / снижению доли отмеченных факторов в рационе.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Эрматова Г.А.
Central Asian Medical University

Актуальность. В ряде исследований установлен весьма низкий уровень состояния как соматического, так и репродуктивного здоровья женщин, о чем свидетельствует огромное число осложнений беременности, родов, сохраняющийся высокий уровень гинекологической заболеваемости, значительная распространенность бесплодия и невынашивания беременности. Алиментарные факторы являются одними из ведущих факторов, оказывающих воздействие на состояние здоровья и благополучие населения, в особенности для такой уязвимой группы, как женщины фертильного возраста. Целью работы является научное обоснование повышения эффективности питания в сохранении здоровья женщин фертильного возраста Ферганской области на основе пищевой, биологической ценности и фармакодинамических свойств местных продуктов с применением биологически активных добавок («Табиб-1», «Табиб-2» и др.). Методы исследования. Фактическое реальное питание женщин фертильного возраста изучалось в сельских населенных пунктах Ферганской области. Нами были изучены показатели, характеризующие питание как фактор окружающей среды (энергетическая ценность и химический состав рационов, режим питания т.д.), а также показатели пищевого статуса, характеризующие состояние здоровья обследуемых групп. При изучении питания женщин фертильного возраста были использованы анкетный и опросно-весовой методы. Энергетическая ценность



рациона определена хронометражным методом. В результате технологических поисков мы обратили внимание на процесс приготовления, применяемый в национальной узбекской кухне: замачивание зерновых и бобовых злаков перед варкой. Физико-химические исследования показали, что в процессе замачивания бобовых происходит разрыхление, размягчение клеточных оболочек, а в дальнейшем, в момент образования ростка, их разрушение, что, видимо, связано с эндогенной подготовкой к росту в результате заложенной информации ДНК-молекул, сигналом, к которому служит увлажнение и соответствующая температура окружающей среды. Результаты исследования. Изучение фактического питания проводилось в сельских пунктах по Ферганской области. В процессе исследования было изучено содержание основных пищевых ингредиентов (белков, жиров и углеводов), некоторых витаминов и минеральных элементов в суточных рационах питания 2000 женщин фертильного возраста от 15 до 49 лет с учетом климатических условий. Выявилась несбалансированность фактического питания женщин фертильного возраста. Установлено 61% женщин питаются ежедневно 4 раза, 47% - 3 раза, 9% женщин - 5 раз и 7% - 2 раза. Исследование показало, что 95% женщин фертильного возраста, в основном, питаются дома, где питание, в большинстве случаев, составлено нерационально. Необходимо отметить, что 26,6% женщин жалуются на плохое состояние здоровья, причем в удельном весе заболеваемости преобладают нервно-психические напряжения. Среди обследованных у 26-33% отмечается выпадение волос, у 37-40% - нарушение зрения, у 27-46,6% - нарушение резистентности капилляров, у 20-23% - кровоточивость десен, у 6,6% - петехии, у 30% - сухость кожи, у 10% - хейлоз, у 10% - бледность языка. Отмечен крайне низкий уровень потребления рыбных продуктов, а весной – сокращенное потребление свежих овощей, фруктов и ягод. Вместе с тем, в некотором избытке потребляются крупяные, макаронные и хлебобулочные изделия. Содержание основных пищевых веществ, особенно белков животного происхождения составляют 61%, а количество витаминов С, В1, В2, В6, и минеральных элементов калия, кальция, магния, фосфора, железа, меди, марганца в рационах питания женщин весной было ниже, чем осенью, и не соответствовало физиологическим потребностям. Соответственно, выявлены сезонные колебания некоторых показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Снижение содержания Т-лимфоцитов, иммуноглобулинов, преимущественно, класса G и количество ЦИК в весенний период по сравнению с осенью, сочеталось с достоверным ростом относительного и абсолютного количества В-лимфоцитов.

Как известно, рациональное питание беременных и кормящих включает обеспечение организма матери, плода и ребенка всеми необходимыми пищевыми веществами, т.е. белками, жирами, углеводами, макро- и микроэлементами, витаминами. Дефициты нутриентов на определенных этапах внутриутробного развития могут привести к формированию органической патологии и даже гибели плода.

Результаты проведенной нами исследований показали, что в суточном рационе установлены дефицит белка в 15%, дефицит жиров - 20-25%, особенно ПНЖК, дефицит витаминов А, С, Р, В1, В6, В12, избыточное употребление углеводов: сахарозы – на 40%, за счет хлебных изделий, в суточном рационе дефицит



микроэлементов. Величина основного обмена вычислена при помощи формулы Харриса-Бенедикта, которая была равна 1298-1470 ккал, общий энергетический расход, вычисленный хронометражным методом, был равен 2218 ккал.

Нами был проведен медицинский осмотр женщин фертильного возраста в г.Фергане, где получены следующие результаты по симптомам: тусклость и диспигментация волос, симптом «Флага», «диффузная депигментация», «лунообразное лицо», бледность конъюнктив, ксероз конъюнктив, потеря блеска глазного яблока, ксероз роговицы, кератомоляция, ангулярный стоматит, хейлоз, отек и цвет языка, изменение состояния зубов, десен, желез, кожи, ногтей, мышечной и костной системы, нервной системы, сердечно-сосудистой системы, которые обнаружены у 46% обследованных.

Наши собственные исследования показали, что в группе 80 обследованных женщин фертильного возраста, у 12 обнаружена тахикардия, у 9 – гепатомегалия, у 30 девушек и женщин – тусклость, истончение и выпадение волос, бледность слизистой конъюнктивы, у 54 – бледность лица, а также у 8 – ксероз конъюнктивы, 11 – ангулярный стоматит, у 9 – хейлоз, у 13 – отек языка, у 16 – явление пародонтоза, у 56 обследуемых признали функциональные изменения нервной системы, у 9 – увеличение околоушных лимфоузлов, у 16 – увеличение размеров щитовидной железы 1-П степени. Сочетание 2-х и более патологий встречается у 45% обследованных девушек и женщин фертильного возраста.

На основании вышеуказанных исследований нами был разработан суточный рацион питания, изучение биологической ценности продуктов позволило установить наличие процессов накопления в зародыше зернобобовых биологически активных веществ (фосфолипидов, фосфопротеинов, бетакаротина, токоферолов), намного превышающих исходный уровень в зерне.

Для группы риска женщин фертильного возраста с целью коррекции питания был применен БАД «Табиб-1», состоящий из намоченного зерна, бобовых, обогащенных фолиевой, аскорбиновой кислотой, и препаратами железа и йода. Полученные результаты показали изменение периферической картины крови, повышение гемоглобина и эритроцитов, повышение иммунной системы организма и улучшение витаминного и микроэлементного статуса.

Выводы:

1. Характер питания женщин фертильного возраста сельского населения Ферганской области несбалансирован, обусловлен дефицитом белков, жиров и углеводов. Нарушена формула сбалансированного питания.

2. Для нормализации иммунных показателей, анемий, йододефицита, витаминов, микроэлементов, а также повышение уровня культуры питания среди женщин фертильного возраста, можно рекомендовать пищевой рацион на основе традиционных методов приготовления, включая пищевую добавку «Табиб-1».

Преимущества торакоскопии в экстренной торакальной патологии

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Ферганский филиал РНЦЭМП

Эшонкулов.Ч.И., Махмудов Н.И., Акбаров.Ж.А.

В связи развитием техники и технологии в медицине, во всем направлении хирургии широко применяется малоинвазивный, малотравматичный, эндовидео



оперирование и диагностика. В том числе в торакальной хирургии тоже начался широко применяться эндохирургия- торакоскопические операции, видеоассистирование торакоскопию.

В нашем центре Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в отделение хирургии с 2011- года организована провести торакоскопические операции в разных патологиях и травмах грудной клетки.

Настоящая работа основана на результате анализе 17 больных с разными торакальными патологиями и травмами находящихся на лечение Ферганского филиала РНЦЭМП.

Возраст больных от 22-до 65 т. Из них мужчины 9, женщины 8. У 5 больных с сочетанной травмой, с закрыты травмами грудной клетки, с односторонними множественными переломами ребер с внутриплевральными осложнением. У 2 пациентов двухсторонними множественными переломами ребер, двухсторонними гемопневмотораксами с явлением острой сердечно-сосудистой , дыхательной недостаточности различной степени. 6 пациентов поступили к нам с посттравматическим свернувшейся гемотораксом. 2 пациентов поступили с проникающим колото-резанными ранениями грудной клетки. 4 пациентов поступили к нам с спонтанными пневмотораксами.

В работе использованы следующие метод исследование: осмотр, физикальные, лабораторные и инструментальные (рентгенография ОГК, МСКТ)

Материал и метод: Настоящая работа основана на результате анализе 17 больных с разными торакальными патологиями и травмами находящихся на лечение Ферганского филиала РНЦЭМП. Всем 5 больным с поступившие в стационар с травмами грудной клетки на 1 сутки проведено неотложное и противошоковые мероприятия согласно по стандарту лечение и диагностику, обезболивание, О 2 терапия, катетризации магистральных вены, при необходимости интубации трахеи, дренирование плевральной полости при напряженном пневмотораксе, гемотораксе. Из 5 больных у 2 было нестабильная гемодинамика, в связи с чем у этих больных торакоскопия было выполнена после 1ой сутки после стабилизация гемодинамики, у 3 больных со стабильными гемодинамиками поступая в стационар сразу же взята на торакоскопию и выполнена торакоскопическая диатермокоагуляция кровоточащих сосудов в паренхиме легких, удалена кровь из плевральной полости, и операция закончена наружной и\или внутренней фиксацией сломанных ребер в грудную стенку. В послеоперационном периоде у 1 больного развился посттравматическая пневмония с тяжелым течением, больного начало беспокоит гектическая температура, одышка, явление интоксикации, которые после полноценного лечение в палате интенсивной терапии совместно с пульмонологами на 12 сутки после операции пневмония перешла на стадию рассасыванию. У 2 больных поступившие с проникающим колото-резанными ранением грудной клетки, после стандартного обследование(ПХО и ревизия раны грудной клетки, обзорная рентгенография грудной клетки, УЗИ перикарда и плевральных синусов) проведено торакоскопия, операция успешно закончена, ушиванием ранение в паренхиме легкого, ушивание внутреннего отверстие раневого канала и санация плевральной полости, послеоперационный период протекало гладко, осложнение не наблюдался, больные

выписаны на 3-4 сутки(средний к\д 3.5дн). У 6 пациентов с свернувшийся гемотораксом, в срок полученной травмы от 7-10 –е сутки диагностирован свернувшейся гемоторакс, диагноз в основном подтверждены с применением компьютерной томографией. Всем больным после соответствующего подготовки проведено торакоскопическое санация и удаление гемоторакса, в после операционном периоде осложнение не было.

4 больных поступившие с диагнозом спонтанный пневмоторакс, после предварительного дренирование плевральной полости от 2-межреберье по средней ключичной линий, проведено торакоскопическая иссечение буллы, диатермокоагуляция бронхиального свища, с дренированием плевральной полости. В после операционном периоде осложнение не отмечался, на 3-6 сутки после операции проведено контрольная рентгенография легких, 7-8 сутки удалена дренажная трубка из плевральной полости и 8-9сутки после операции больные выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Все больные после торакоскопических операции выписаны из стационара в удовлетворительные состояния, летальный исход не наблюдался, все пациент в настоящая время работает по своей специальности.

Вывод:

Применение малоинвазивного высокотехнологической операции значительно сократило средние койка дни больного (пребывание больных в стационаре)

Дала своевременная и точная диагностика для уточнения генеза гемоторакса и пневмоторакса.

После применение торакоскопии значительно уменьшились число торакотомии, особенно напрасная торакотомия.

Значительно сократился время операции.

Особую роль играет малотравматичность данной операции, что позволило пациентам быстрого выздоровления.

Успешно начался проводить репозиция и фиксация смещаемых костных отломков сломанных ребер.

КЛИНИКО ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Эшонов О.Ш1., Ярашев А.Р2.

1-Бухарский медицинский институт 2-Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования — оценить эффективность лимфотропную противоотёчную терапию при отеке мозга у больных с тяжелой ЧМТ и ГИ.

Материал и методы исследования: В научное исследование были включены данные больных находившихся в отделение нейрореанимации Бухарского филиала РНЦЭМП. Изучены материалы 75 пациентов, из них 38 с ЧМТ и 37 больных с ГИ. Возраст пациентов варьировал от 37 до 68 лет (средний возраст составлял $58,2 \pm 2$ лет). По половому признаку - мужчин было 43 (57,3%), женщин - 32 (42,7%). Всем пациентам проводились стандартные методы диагностики (оценка неврологического

статуса при совместном осмотре невропатолога и нейрохирурга, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), а также лабораторные исследования (лейкоформула, индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам - ИСНЛ)). Оценка невротатуса проводилась по шкале ком Глазго (ШКГ), при котором средний балл при поступлении в стационар составлял $9,3 \pm 2,1$. На МСКТ у больных с геморрагическим инсультом полушарные гематомы составляли 29 (78,3%), стволые 4 (10,8%), желудочковые 2 (5,4%) и субарахноидальные 2 (5,4%), а у больных с ЧМТ были выявлены субдуральные 24 (63,1%), паренхиматозные 10 (26,3%), а также стволые кровоизлияния 4 (10,5%) и зоны ушиба мозга, которые не нуждались оперативному вмешательству. Больные были разделены на контрольные группы, которые получали стандартную терапию. Пациентам включенных в основную группу, в комплексе интенсивной терапии проведена лимфотропная противоотечная терапия. С целью противоотечной терапии с одной стороны субмастоидально введен раствор лидокаина 2%-1мл, дексаметазона 4мг, 10% р-р глюкозы 3мл. в одном шприце (методика одобрена на заседание Комитета по этике МЗ РУз, протокол № 7 от 09.11.2023г). Субмастоидальные лимфотропные инъекции проводились в течение 5 дней, наряду с консервативным лечением, включающее: антибактериальную, противоотечную, мембраностабилизирующую, гемореологическую, церебропротекторную и симптоматическую терапию. Сопоставление клинических и лабораторных показателей была проведена в трех этапах: первый этап - при поступлении, второй этап: -5-е сутки, третий этап - 10 сутки проводимой интенсивной терапии. Результаты и их обсуждения: Анализ результатов контрольной группы пациентов с ЧМТ (n=20), получившихся стандартными методами лечения показал, что уровень нарушения сознания на момент поступления в стационар (первый этап исследования) составлял в среднем 10,1 баллов по ШКГ. На данном этапе в анализе крови сегментоядерных нейтрофилов составили 60%, а количество лимфоцитов - 16%, при этом показатель индекса соотношения сегментоядерных нейтрофилов к лимфоцитам составил 3,7. На 5 -е сутки лечения (второй этап исследования) уровень нарушения сознания составлял 11,1 баллов по ШКГ. Количество сегментоядерных нейтрофилов составлял 62%, лимфоцитов 15%, соответственно показатель ИСНЛ составлял 4,1. На 10-е сутки исследования неврологический статус оставался прежним, составляя 11,2 баллов по ШКГ. При этом количество сегментоядерных нейтрофилов составляло 65%, лимфоцитов 18%, а ИСНЛ составлял 3,6. При анализе результатов основной группы пациентов с ЧМТ у которых проведена лимфотропная противоотечная терапия (n=18), были выявлены следующие данные - на первом этапе исследования уровень нарушения сознания составлял в среднем 9,1 баллов по шкале Глазго. В лабораторных исследованиях крови количество сегментоядерных нейтрофилов составлял 58%, а лимфоцитов - 12%, при этом показатель ИСНЛ составил 4,8. На втором этапе исследования оценка уровня сознания составляла 11,3 баллов по ШКГ. Сегментоядерные нейтрофилы в крови составляли 60%, а лимфоцитов 18%, соответственно показатель ИСНЛ составлял 3,3. На третьем этапе исследования наблюдалось заметный рост всех этих показателей. Отмечался прояснение сознания до оглушения, средний балл которого составлял 13,1 балла. А показатели общего анализа крови составляли - сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 20%, а ИСНЛ 3,1. Обработка

полученных результатов контрольной группы пациентов с ГИ (n=22), показал следующие данные – на первом этапе исследования уровень нарушения сознания составлял в среднем 8,2 баллов по шкале Глазго. В лабораторных исследованиях крови количество сегментоядерных нейтрофилов составлял 50%, а лимфоцитов - 14%, при этом показатель ИСНЛ составил 3,6. На втором этапе исследования оценка уровня сознания составляла 10,1 балов по ШКГ. Сегментоядерные нейтрофилы составляли 54%, а лимфоцитов 23%, соответственно показатель ИСНЛ составлял 2,3. На третьем этапе исследования уровень сознания по ШКГ составлял 11,3 балла. А показатели общего анализа крови составляли –сегментоядерные нейтрофилы 58%, лимфоциты 22%, а ИСНЛ 2,6. При анализе результатов пациентов основной группы с ГИ (n=15), были выявлены следующие данные – на первом этапе исследования уровень нарушения сознания составлял в среднем 9,1 баллов по шкале Глазго. В анализах крови количество сегментоядерных нейтрофилов составлял 56%, а лимфоцитов - 16%, при этом показатель ИСНЛ составил 3,5. На втором этапе исследования оценка уровня сознания составляла 10,2 балов по ШКГ. Сегментоядерные нейтрофилы составляли 60%, лимфоцитов 22%, показатель ИСНЛ составлял 2,7. На третьем этапе исследования наблюдалось заметный рост всех этих показателей. Отмечался прояснение сознания до оглушения, средний балл которого составлял 13,1 балла. А показатели общего анализа крови составляли – сегментоядерные нейтрофилы 62%, лимфоциты 25%, а ИСНЛ 2,5. Анализом полученных данных МСКТ исследования было выявлено, у всех больных обеих групп на первичном МСКТ были паренхиматозные а также кровоизлияния в подпаутинное пространство и желудочков мозга. Кроме этого, сглаженность борозд коры головного мозга, сужение базальной цистерны являлись признаками внутричерепной гипертензии. У больных основной групп на фоне проводимой лимфотропной противоотечной и противовоспалительной терапии на втором и третьем МСКТ, о регрессе отека мозга свидетельствовали появление признаков нормальной архитектоники коры головного мозга, восстановление нормальных размеров базальных цистерн и желудочков мозга. Все эти проявления соответствовали положительным неврологическим изменениям. А у больных контрольной группы вышеуказанные изменения на МСКТ головного мозга проявились заметно медленно. Динамические изменения в неврологическом статусе и на компьютерной томографии, соответствовали сдвигами лабораторных показателей, которые отражали изменения в лейкоцитарной формуле. Вывод. Лимфотропная противоотечная терапия повышает эффективность в комплексе интенсивного базисного лечения, предотвращает прогрессирования отека мозга у больных с ЧМТ и ГИ. К вопросу о консервативных и малоинвазивных методах лечения больных субтотально-тотальным панкреонекрозом. Юлдашев Г.Ю. Отаджанов Ж.Э. Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии Республика Узбекистан город Ургенч. Заболеваемость острым панкреатитом в последние десятилетия неуклонно возрастает, и с 2000 года в нашем регионе вышла на третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Тем не менее, споры о лечебной тактике продолжаются. Цель. Показать возможности консервативных и малоинвазивных методов лечения больных субтотально-тотальным панкреонекрозом. Материалы и методы.

Работа основано на анализе результатов консервативных и малоинвазивных методов лечения 122 пациентов с субтотально-тотальным панкреонекрозом в возрасте от 21 до 66 лет, мужчин насчитывается-76, а женщин-36. По этиологическому фактору больные распределены на 3 группы: алиментарный - 79 (70,5%) больных, билиарный – 27 (24,1%), прочие – 6 (5,4%). Для диагностики применяли лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ, Лапароскопия и МРТ). По методам лечения больные распределены на 3 группы: 1 группа консервативная терапия – 39 (34,8%) пациентов, 2 группа малоинвазивные вмешательства 37 (27,7%) пациентов, 3 группа открытый метод 42 (37,5%) пациентов. Умерло 17 (15,2%) больных. В группе 1 умерло двое больных, во 2 один, в 3 четырнадцать. Результаты и их обсуждение. Консервативное лечение включало общепринятые современные схемы, противовоспалительную, дезинфекционную терапию, цито статики, ингибиторы протеза, экстракорпоральные методы дезоксидации (пазмолфарез) антибактериальную терапию. Интенсивная терапия оказалась эффективна у 39 (34,8%) пациентов. Во 2 группе применяли малоинвазивные методы хирургического лечения: санационная лапароскопия, видео ассистированная холецистэктомия, дренирование брюшной полости, оментобурсостомия из мини доступа, программированная санационная оментобурсоскопия. Эти вмешательства были произведены 31 (27,7%) больным в 1-3 сутки с момента поступления в хирургический стационар. Показанием для их выполнения являлось нарастание интоксикации и отсутствие положительной динамики от проведения консервативного лечения, обнаружение деструктивных изменений в поджелудочной железе, по данным УЗИ или МРТ. Открытым способом в 3 группе оперировано 42 (37,5%) больных. Показанием к операции у этой группы больных являлись: инфицированный ПН 9 больных, полиорганная недостаточность и желтуха 16, подозрение на перфорацию полого органа 17. Оперативные вмешательства выполнялись по общепринятой методике (омениобурсостомия – 11, некросеквестрэктомия выполнена у 22, радикальное (полное) удаления секвестров произведено у 9 пациентов. Заключение. -Применение интенсивного консервативного лечения и малоинвазивных оперативных вмешательств позволило добиться выздоровления у 67 (59,9%) пациентов. -Предложенная тактика лечения субтотально-тотальным панкреонекрозом позволила снизить летальность до 15,2%.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ПУНКЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.

Юлдашев Г.Ю.

Ургенчкий филиал Ташкентской медицинской академии.

Актуальность проблемы. Идея чрескожной пункции и дренирования полостных образований впервые озвучена в докладе Wiechel в 1971г. В 1989 г. Van Sonennberg доложил об опыте 101 вмешательства с хорошими результатами. В то же время до сих пор не полностью отработаны чёткие показания к данным манипуляциям, не определены сроки выполнения дренирования, мало изучены непосредственные и отдалённые результаты данного вида лечения. Целью исследования является разработка малотравматичного метода чрескожно-чреспеченочного пункционного



дренирования остаточной полости печени. Эту задачу следует считать актуальной, так как её разрешение позволит у больных с повышенным хирургическим риском ликвидировать остаточную полость без повторных операций.

Материал и методы. В хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП и клиники «Мед Комплекс» с 2010 по 2023 гг. чрескожно-чреспеченочное пункционное аспирационное, дренирование остаточной полости после эхинококкэктомии произведено 46 пациентов под контролем УЗИ (14 женщины 32 мужчины) в возрасте от 35 до 65 лет. Все больные ранее были оперированы по поводу эхинококкоза печени. У всех больных выявлены тяжёлые сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца у 12, ИБС и гипертоническая болезнь - у 13, сахарный диабет - у 11 больного. Инфицирование и нагноение остаточной полости сопровождалось повышением температуры тела, болями и дискомфортом в правом подреберье, интоксикацией. При отсутствии нагноения остаточной полости наблюдалось наличие тупых болей в области печени, иногда пациенты острых жалоб не предъявляли. Наличие остаточной полости диагностировано с помощью УЗИ (35) и КТ (11). Размеры полости варьировали от 5,1 до 10,2 см в диаметре.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов наших исследований показал, что остаточная полость в основном формировалась у больных с гигантскими нагноившимися эхинококковыми кистами. Во всех случаях остаточная полость локализовалась в правой доле (VI-VII-VIII сегмент) печени. После кратковременной подготовки 6 больным выполнено чрескожное чреспечёночное дренирование остаточной полости печени. Оперативные вмешательства выполняли под местной анестезией. Начинали с прицельной тонкоигольной пункции иглой Chibo с целью забора материала из полости для исследования. При подтверждении наличия гноя в пунктате через ту же иглу аспирировали 10-20 мл жидкости и затем вводили соответствующее количество антисептической жидкости (диоксидин, хлоргексидин). Затем извлекали иглу и сразу же проводили пункцию стилет - катетером с проведением через гильзу последнего силиконового дренажа, а затем дренаж фиксировали к коже и осуществляли максимальную аспирацию содержимого полости. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали, у 3 больных выявлена умеренная воспалительная реакция вокруг силиконовой дренажной трубки. У 1 пациента через 2 недели дренаж выпал, в связи с чем выполнено повторное дренирование полости под контролем УЗИ. Отдалённые результаты изучены у 25 больных в сроки от 6 месяцев до 14 лет. Жалоб больные не предъявляли, при УЗИ у 19 больных наступила полная ликвидация полости, у 6 сохранились небольшие остаточные полости. Таким образом, чрескожно-чреспеченочные пункционно-дренажные манипуляции являются эффективными лечебными мероприятиями у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени.

ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ ОТ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ

Н.А. Юлдашева., Комилова А.З

**Ташкентский Государственный стоматологический институт, кафедра
Госпитальной терапевтической стоматологии.**

Цель исследования: Несмотря на то, что за последние 10 лет состояние стоматологического здоровья населения значительно улучшилось, остаются группы людей с высокой интенсивностью поражения пародонта. Степень восприимчивости к заболеваниям пародонта значительно варьирует. Своевременное выявление наиболее восприимчивых больных с целью проведения необходимых лечебно-профилактических мероприятий, позволит предотвратить прогрессирование заболевания, что значительно снизит риск патологии беременных и плода. В связи с этим, нами поставлена цель выявить распространенность и тяжесть воспалительных заболеваний пародонта по CPITN индексу в разные периоды беременности и раннем послеродовом периоде. Материал и методы Под наблюдением находились женщины в разные периоды беременности: 132 (I триместр); 110 (II триместр) и 95 (III триместр беременности); 50 женщин без признаков воспалительных заболеваний пародонта составили группу контроля. Для получения репрезентативных данных во всех триместрах беременности выдерживалось идентичное возрастное соотношение. Средний возраст женщин в группах колебался от $26,3 \pm 0,81$ до $28,82 \pm 1,13$ лет. Число беременных в группах в процентном отношении было сопоставимо. Результаты и обсуждение В результате обследования у беременных отмечено резкое увеличение количества секстантов, отражающих тяжелое воспалительно-деструктивное поражение пародонта: количество секстантов с кровоточивостью (код 1) ($21,67 \pm 5,82\%$) увеличилось на $5,38\%$ ($22,83 \pm 4,30\%$) ($P > 0,05$); с зубным камнем (код 2) ($21,83 \pm 5,84\%$) – уже на $38,17\%$ ($30,17 \pm 4,71\%$) ($P < 0,01$); а с карманом ≥ 6 мм – на $1600,0\%$ ($8,5 \pm 2,86\%$) против $0,50 \pm 0,99\%$ ($P < 0,01$); при этом у беременных появляются неучтенные секстанты (код X) ($1,67 \pm 1,31\%$), отсутствующие в контрольной группе. Таким образом, у беременных регистрируется резкое увеличение крайней степени поражения пародонта, соответствующее высоким кодам CPITN индекса. На основании оценки состояния пародонта у однородной группы беременных в различные сроки беременности установлено прогрессирование тяжести поражения с увеличением длительности беременности. При этом количество секстантов с кодом 0 и 1, отражающими благоприятное состояние пародонта, прогрессивно снижалось, а количество секстантов, свидетельствующих о тяжелом поражении пародонта (коды 2, 3, 4 и X) напротив возрастало. Отмечено, что величина кода 0 понижалась относительно контроля ($53,33 \pm 7,06\%$) в I триместре на $31,25\%$ ($45,45 \pm 4,33\%$) ($P < 0,01$); во II – на $49,38\%$ ($27,0 \pm 4,23\%$) ($P < 0,01$) и в III триместре – на $65,62\%$ ($18,33 \pm 3,97\%$) ($P < 0,01$). Так, величина кода 2 (зубной камень) ($21,83 \pm 5,84\%$) увеличился в I триместре на $16,03\%$ ($25,33 \pm 3,78\%$) ($P < 0,01$); во II – на $38,93\%$ ($30,33 \pm 4,38\%$) ($P < 0,01$) и в III – уже на $60,03\%$ ($35,0 \pm 4,89\%$) ($P < 0,001$). Соответствующая динамика кода 3 (карман 4-5 мм) ($2,67 \pm 2,38\%$) составила $43,75\%$ ($3,83 \pm 1,67\%$) ($P < 0,01$); $293,75\%$ ($10,50 \pm 2,92\%$) ($P < 0,01$) и $462,5\%$ ($15,0 \pm 3,66\%$)

($P < 0,001$). Код 4 (карман ≥ 6 мм) ($0,50 \pm 0,99\%$) соответственно 733,3% ($4,17 \pm 1,74\%$) ($P < 0,01$); 1566,66% ($8,33 \pm 2,63\%$) ($P < 0,001$) и 2500% ($13,0 \pm 3,45\%$) ($P < 0,01$). При этом во II и III триместрах регистрируются неучтенные секстанты (код X) ($12,67 \pm 1,22\%$ и $3,33 \pm 1,84\%$), отсутствующие в контроле, что свидетельствует о прогрессирующей потере зубов беременными как следствие удаления по поводу кариеса, так и вследствие заболеваний пародонта. Так, количество здоровых секстантов, код 0, увеличилось более чем в 2 раза и не имело значимых различий с I триместром ($P > 0,05$); количество секстантов с кодом 1 (кровоточивость) понизилось относительно III триместра на 32,62% ($P < 0,01$); но было ниже значений I триместра на 32,22% ($P < 0,01$); количество секстантов с кодом 2 (зубной камень) не имело значимых различий с данными III триместра ($P > 0,05$), но превышало показатель I триместра на 30,26% ($P < 0,01$). Таким образом, индексы потери зубодесневого прикрепления (код 3 и 4) во время беременности выше, чем после родов, а количество зубного камня (код 2) не претерпевает значительных изменений.

Вывод:

Полученные результаты убедительно доказывают: беременность приводит к возникновению и прогрессированию утяжеления заболеваний пародонта, при этом тяжесть поражения достигает максимума в III триместре; инициированные беременностью поражения пародонта не купируются в раннем послеродовом периоде, оставаясь статистически значимо ($p < 0,01$) выше соответствующих значений контрольной группы и индексных показателей I триместра.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ.

Юнусова Х.Р., Бегматов Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Проанализировать вероятность развития хронической почечной недостаточности у пациентов с диагнозом сахарного диабета 2 типа на основе клинического обследования и результатов лабораторных исследований.

Материалы и методы исследования: Проведено объективное обследование и проанализированы лабораторные данные 290 пациентов, разделённых на две группы:

- 1) с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек;
- 2) с сахарным диабетом 2 типа без патологии почек.

Результаты исследования: На сегодняшний день сахарный диабет 2 типа (СД2) признан самым распространённым метаболическим заболеванием, ассоциированным с тяжёлыми осложнениями не только со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС), но и со стороны почек. Известно, что хроническая болезнь почек (ХБП) сама по себе является фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф и значительно ухудшает прогноз и качество жизни пациентов. Хроническая болезнь почек (ХБП) — это нарушение функции почек или снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², продолжающееся более трех месяцев. Одним из наиболее распространенных осложнений сахарного диабета (СД) 2 типа является

диабетическая нефропатия (ДН). Диабетическая нефропатия — это специфическое для диабета поражение почек с развитием гломерулосклероза, приводящее к конечной стадии почечной недостаточности. Диабетическая нефропатия — результат воздействия метаболических и гемодинамических факторов на почечную микроциркуляцию. Гипергликемия играет ключевую роль в формировании диабетической нефропатии. Ингибиторы натрий-глюкозового котранспортера типа 2 (иНГЛТ2) предотвращают реабсорбцию излишнего количества глюкозы в проксимальных канальцах почек, что приводит к снижению уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). Применение глифлозинов типа 2 возможно как в монотерапии, так и в сочетании с другими лекарствами, снижающими уровень сахара у пациентов с диабетом 2 типа. Из 290 обследованных пациентов с СД 2 типа у 165 (56,7%) была диагностирована хроническая болезнь почек. Из них 77 (46,67%) являются представителями мужского пола, 88 (53,33%) – женского. Средний возраст исследованных пациентов составлял $62,6 \pm 11,5$ [95%ДИ 61,3-64,0] лет, медиана ИМТ-30,2 [26,5;35,0] кг/м². Средний показатель уровня HbA1c был равен 8,9 [7,6;10,5], из которых 90,34% пациентов имели HbA1c >7%. Медиана глюкозы крови натощак составила 6,95 [5,7;8,67] ммоль/л. У 68 % участников регистрировалась дислипидемия. Из общего количества пациентов с СД 2 типа 74,83% страдали артериальной гипертензией (АГ). Среднее значение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с ХБП (по формуле СКД-EPI) составило 46,92 (мл/мин/1,73м²). 6,06% пациентов с ХБП и 40,8% без ХБП ранее принимали иНГЛТ-2 для лечения СД. У пациентов с СД 2 типа со стажем более 10 лет ХБП развилась в 55,15% случаев.

Вывод: на основании результатов проведенного исследования, было установлено, что среди пациентов с СД 2 типа, хроническая болезнь почек встречается чаще у лиц женского пола. Возраст старше 60 лет, ИМТ более 30 кг/м², повышенное АД и стаж более 10 лет являются основными предрасполагающими факторами развития хронической болезни почек у пациентов со вторым типом сахарного диабета. У большинства обследованных с ХБП при СД 2 типа была значительно снижена СКФ. Использование иНГЛТ-2 в лечении СД 2 типа связано с уменьшением вероятности развития ХБП.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Юсупова Ш.К., Одилова О.Б.

Андижанский государственный медицинский институт.

Учитывая, что число больных как СД 2 типа проблема ранней диагностики и профилактики СД 2 типа, не только не теряет свою актуальность, но и требует быстрых решений. Перспективными направлениями в этой области являются - изучение генома человека и идентификация генов, мутации которых предрасполагают к развитию СД 2 типа. Любому клиницисту очень важно знать, как именно результаты генетического анализа могут помочь в прогнозировании, оценке состояния больного и подборе лечения, какие конкретно маркеры следует

исследовать при том или ином заболевании. Цель исследования: изучить полиморфизм гена: Ala54Thr FABP2 у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования: Молекулярно-генетическое исследование по изучению Ala54Thr в FABP2 rs1799883 было проведено на 35 больных с диагнозами СД 2 типа. Контрольную группу составили условно здоровых лиц. Тестирование полиморфизма FABP2 rs 1799883 осуществляли методом аллель специфичной ПЦР в формате Real-Time на приборе Rotor-Gene Q (Quagen, Германия) с использованием коммерческого тест-набора ООО «Синтол» (Россия) в соответствии с инструкцией производителя. Оценка отклонения распределений генотипов изученных полиморфизмов ДНК от канонического распределения Харди-Вайнберга проводилась с помощью компьютерной программы для анализа генетических данных “GenePop”

Результаты и обсуждения: При исследовании частоты аллелей и генотипов полиморфизма гена Ala54Thr гена FABP2 у всех пациентов с СД 2 типа распределение оказалось следующим: Ala- 74.3% против 84.6%; Thr- 25.7% против 15.4%; Ala/Ala-57.1% против 77.3%; Ala/Thr- 34.3% против 23.8% и Thr /Thr-8.6% против 3.9%. Анализы частоты распределение неблагоприятных генотипов Ala/Thr и Thr/ Thr показали тенденцию к повышению риска формирования СД 2 типа 1.8 и 2.3 раза соответственно. У больных СД 2 типа наличие аллеля Thr в 1,9 раза повышало риск развития заболевания (25,7% против 15,4%; $\chi^2=3.8$; $p=0.05$; OR=1,9; 95%CI: 0,99 - 3,66 соответственно). Анализы частоты распределение неблагоприятных генотипов Ala/Thr и Thr/ Thr также показали тенденцию к повышению риска формирования СД 2 типа 1.8 и 2.3 раза соответственно.

Вывод: Выявлена значимая взаимосвязь между носительством неблагоприятного аллельного варианта 54Thr гена FABP2, ассоциированная с усилением метаболизма жиров в организме и риском развития СД 2 типа. Риск развития СД 2 типа при носительстве данного аллельного варианта достоверно увеличивается более чем в 1.9 раз (OR=1.9; $\chi^2=3.8$; $p=0.05$), напротив, дикий генотипический вариант Ala54 гена FABP2 ассоциируется с пониженным риском в отношении формирования СД 2 типа.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ РИСК ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Андижанский государственный медицинский институт Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии Рес. Узбекистан Абдуразакова Дилбар Содиковна PhD, доцент dilbar.abdurazakova@mail.ru Юсупова Шахноза Кадиржановна Д.м.н , доцент dr-shahnoza@mail.ru Абдусатторов Жахонгир Умид угли Студент 433 группы Педиатрического факультета АГМИ johnsmedschool@gmail.com

Цель исследования: оценить кардиоваскулярные риск –факторы, у женщин 40 - 60 лет в городе Андижан.

Материалы и методы. В исследование включены 155 женщин в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст составил $43,8 \pm 0,67$ лет. Сформированы 3 категории возрастных групп. Из них 66 (42,5 %) - до 50 лет, в возрастную категорию от 40 до 50 лет вошли 41 (26,4 %), от 50 до 60 лет – 29 (18, 7 %) и старше 50 лет 19 (12,2 %).

Исключены из исследования: беременные и кормящие женщины, женщины с тяжелыми эндокринными, соматическими заболеваниями, женщины с нервно – психическими нарушениями. У женщин были проведены обследования с целью диагностирования функции щитовидной железы и метаболического синдрома (МС) Функцию щитовидной железы оценивали на основе жалоб, сбора анамнеза, пальпации (по ВОЗ 2001 г.) с определением ТТГ и свободного тироксина (Т4 св) в сыворотке крови и ультразвукового исследования щитовидной железы . МС диагностировали с вычислением индекса массы тела (ИМТ) (по классификации избыточной массы у взрослых в зависимости от ИМТ по ВОЗ 1997г)., абдоминального ожирения с расчетом соотношения окружности талии (ОТ) к объему бедер (ОБ) измеренное в сантиметрах (ОТ более 0,80 у женщин считается абдоминальным ожирением) , измерением артериального давления в покое при комнатной температуре методом Короткова (артериальная гипертензия АД $\geq$ 130/85 мм.рт.с.) . Нарушение углеводного обмена оценивали с определением гликемии на тощак (глюкоза в плазме $> 5,6$ ммоль/л), тестнарушение толерантности к глюкозе – глюкоза крови через 2 ч. после теста в пределах >7.8 и <11.1 ммоль/л. Для оценки нарушений липидного спектра отобраны 13 женщин с ТТГ $>2,5$ mIU/L и св Т4 ниже нормативных значений. Возраст от 40 до 60 лет, в возрасте $43,8 \pm 2,26$ лет. В контрольную группу вошли 11 женщин аналогичного возраста без тиреоидной патологией (ТП) возрасте $42,4 \pm 3,69$ лет. Уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХСЛПНП) оценивались фотометрическим методом с расчетом индекса атерогенности (ИА) по формуле $КА = (\text{общий холестерин} - \text{ЛПВП/ЛПВП}) / \text{норма коэффициента}$ $< 3,0$ Результаты и обсуждение. Избыточная масса тела выявлена у 52 (33 %), ожирение 1 степени (ИМТ 30- 34.9 кг/м²) у 11 (7 %). Ожирение 2 степени (ИМТ 35-39.9 кг/ м²) диагностирован у 8 (5.1 %) женщин . Тиреоидная патология выявлена у 101 (65 %) женщин . У женщин с тиреоидной патологией при исследовании ТТГ (норме 0,17– 4,05 mIU/L), своб Т4 (11,5-23 пмоль/л) , гипотиреоз был выявлен у 12 (11.7 %), пограничные значения ТТГ (4,05-10,0 mIU/L) у 16 (15.6 %), ТТГ более 10 mIU/L- у 6 (5.8 %). субклинический гипотиреоз (СГ) (ТТГ $>2,5$ mIU/L и св Т4 в пределах нормы) установлен у 21 (20.5 %) женщин. У женщин 1 группы ($23,0 \pm 0,40$ лет) СГ встречался в 9 %. С увеличением возраста частота гипотиреоза и МС увеличивается достигая 19 % в возрастной группе 50 лет и старше. Женщины с СГ и гипотиреозом в сравнении с контрольной группой имели статистически более высокие уровни ОХС и ТГ, более высокий коэффициент ИА, уровни ХСЛПВП были ниже нормы, чем в группе без патологии ЩЖ, ХС ЛПНП с СГ имело тенденцию к повышению. Выводы.

1. Женщины с пониженной функцией щитовидной железы имели средние уровни ОХС, ТГ и ИА достоверно выше, а ХСЛПВП значимо ниже, чем у женщин без нарушений функции ЩЖ. При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная положительная связь между ИМТ и уровнем ТТГ, ассоциируется более старшим возрастом , повышением АД наличием нарушений углеводного и липидного обмена достигая 19%

2. Среди женщин проживающих в городе Андижан составляет патологии ЩЖ 65 %, гипотиреоз был диагностирован 11.7 % и СГ установлен в 20 % случаев.



3. Нарушение функциональной активности ЩЖ потенцирует процессы, которые лежат в основе МС. Своевременная коррекция нарушений функции ЩЖ и повышение осведомленности женщин имеет особое значение в восстановлении метаболических изменений, устранении факторов риска ССЗ и прогрессировании осложнений

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

**Камилов Ж.Д., Сагатова Д.Р., Набиева Д.А
Ташкентская Медицинская Академия**

Цель исследования. Изучении терапевтической эффективности препарата Цель Т при лечении остеоартрита коленного сустава.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 103 пациента с ОА КС в возрасте от 40 до 67 лет, Диагноз ОА устанавливался на основании клинических (боли в коленном суставе, скованность движений по утрам <30 мин., хромота, контрактура, «хруст» при движении) и рентгенологических методов. Для установления стадии процесса в своей работе мы использовали рентгенологическую классификацию I. Kellgren и I. Lawrens (1957): 1 стадия – 26 пациентов, 2 стадия – 41 пациент, 3 стадия – 35 пациента. При необходимости сделана МРТ диагностике (отсутствие признаков ОА на рентгенограммах при наличии клинических признаков Двухстороннее поражение суставов имело место у 64,3% пациентов. Общий срок заболевания составил от 2 до 25 лет. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты первой группы (61 человек) получали традиционную терапию (НПВП, симптом-модифицирующие средства медленного действия,) и внутрисуставное введение препарата Цель Т. Пациенты второй группы получали только традиционную терапию. Препарат Цель Т вводилась в полость коленного сустава в условиях перевязочной через верхнее-наружный доступ 2 раз в неделю. Критерии не включения: признаки кожных заболеваний в месте инъекции, пациенты с гиперчувствительностью к препаратом Цель Т, применение, наличие выпота в суставе, беременность

Результаты и обсуждение Индекс WOMAC до лечения у пациентов 1 группы был $76,1 \pm 2,7$ баллов, во 2 группе – $73,2 \pm 2,5$ балла, выраженность суставной боли по VAS в 1 группе составила $72,1 \pm 8,5$ баллов, во 2 группе – $71,3 \pm 7,2$ баллов. Спустя 1 месяц после лечения индекс WOMAC в 1 группе был равен $33,1 \pm 1,8$ баллам, во 2 группе – $45,4 \pm 2,2$ баллам, через 6 месяцев после лечения в 1 группе был неизменным, во 2 группе увеличился до $52,3 \pm 2,4$ баллов. Выраженность суставной боли по VAS через 1 месяц после проведенного лечения в 1 группе составила $18,2 \pm 2,4$ балла, во 2 группе – $41,5 \pm 4,3$ балла. Спустя 6 месяцев у пациентов 2 группы интенсивность суставных болей увеличилась до $70,5 \pm 7,3$ баллов, в 1 группе интенсивность боли составила около $19,4 \pm 3,4$ балла. Переносимость лечения была хорошей. Серьезных осложнений зафиксировано не было. В 1 группе у 2 пациентов было кратковременное усиление болей в коленном суставе после первой инъекции, которое самостоятельно купировалось и не требовало отмены терапии. Наше исследование показало, что у пациентов 1 и 2 группы на фоне проведенного лечения уменьшились боли, улучшилась функция



коленного сустава, но эффект от проведенного лечения у пациентов 1 группы был более продолжительным.

Выводы. Внутриартикулярное введение препарата Цель Т хорошо переносится пациентами, не вызывает осложнений со стороны внутренних органов, поэтому может применяться у больных с коморбидностью. Данная методика является эффективной при лечении ОА КС I-III стадии, приводит к продолжительному снижению болевого синдрома, восстановлению функции сустава и улучшению качества жизни пациентов.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р., Усманова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы наименее изученный раздел в медицине. Заболевания органов дыхания остается актуальной проблемой всех возрастных категорий детей. Вовлеченности в процесс сердечно-сосудистой системы, тесно взаимосвязанной с дыханием и непосредственно участвующей в обеспечении организма кислородом.

Цель исследования. Изучить функциональные нарушения сердечно – сосудистой системы у детей раннего возраста при пневмониях по данным электрокардиографии (ЭКГ).

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 35 больных детей которые на данный момент находились в отделении детей раннего возраста, из них с диагнозом Внебольничная пневмония(ВП) первых 3-х лет жизни, в том числе 15 детей в возрасте до 1-го года и 10 детей - 2х лет и 10 - 3х лет. Дети были распределены по группам 1 группа- 25 с изменениями на ЭКГ, 2 группа детей без изменений на ЭКГ -10 детей. Мальчиков было 20, девочек –15. Использовались следующие методы исследования: клиничко-anamnesticheskie, функциональные и инструментальные -ЭКГ и ЭХОКГ. Консультации узких специалистов; Лор, невропатолог.

Результаты и обсуждения. При анализе данных матерей отягощенный акушерско-соматический анамнез был - 25 детей, отмечалась хроническая внутриутробная гипоксия, практически у всех матерей во время беременности была анемия различной степени - 76 %, а так же сопутствующая патология -урогенитальной инфекцией и положительный тест на TORCH -25%, обострения хронической инфекции 35 %. Доношенными родились 65%, но с низкой массой тела 2200-2500 гр. и 15% доношенных детей с массой тела 3300-3500гр. Недоношенными родились 35% детей из них с низкой массой тела было 3 детей (1200-1500). Из анализа амбулаторных карт №025, было выявлено, 20 детей -57,1% относятся к группе часто болеющих (ЧБД). Основные признаки функциональных нарушений CCC у детей выявлены у детей, проявлялся цианозом (86,4%), "мраморность" кожных покровов (84,7%), изменением звучности тонов сердца от глухости (37,3%) до акцентирования (30,5%). При изучении электрокардиографических данных установлено, признаки функциональных

нарушений сердечно-сосудистой системы разной степени выраженности выявилось у детей 1 группы - синусовая брадикардия-22,0%, синусовая тахикардия -14,4%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса 23% и нарушением реполяризации желудочков миокарда(100%). Нарушения ритма и проводимости сердца наблюдалось у 85,7% недоношенных и 80% доношенных новорожденных детей, в анамнезе у которых было перинатальное поражение ЦНС. Структура нарушений ритма сердца была представлена следующим образом: синусовая тахикардия и/или аритмия – 25, синусовая брадикардия – 6, эктопический ритм – 2, синдром слабости синусового узла – 1, синдром WPW – 1, атриовентрикулярная блокада 1 ст. – 1 ребенок. У 2/3 детей отмечались депрессия сегмента ST, инверсия, снижение амплитуды зубца Т, более выраженные в раннем неонатальном периоде. Нарушения реполяризации миокарда желудочков сохранилось у 11,1% детей которые находились на учете у невропатолога с Диагнозом Последствие церебральной ишемии – гипоксии 1-2 степени.

Выводы. Частота встречаемости функциональных нарушений сердечнососудистой системы, разной степени выраженности выявилось у 90,2% детей 1 группы. Нарушения ритма и проводимости сердца наблюдалось у 85,7% недоношенных и 80% доношенных новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы. Функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы в частности зависит от течения беременности матери и родов, что в дальнейшем отражается на состоянии в период развития.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ

**Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М., Илхомова Х.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт.**

Актуальность. Подростковый возраст один из критических переходных периодов жизненного цикла, для которого характерны бурные темпы роста и развития, предъявляющие повышенные требования к функционированию различных органов и систем и в первую очередь к сердечно-сосудистой системе. Несмотря на несомненные достижения в лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы, разработку новых совершенных технологий диагностики и лечения, проблема внезапной остановки сердца даже в развитых странах до сих пор остается нерешенной. Около 13% случаев смерти у подростков от всех возможных причин происходит внезапно, причем 88% из них обусловлены сердечными причинами. У подростков нарушения деятельности сердца, сходные с функциональными, могут иметь место при развитии воспалительных процессов в сердце, а также вследствие астении, связанной с перенесенной инфекцией. При диагностике функциональных заболеваний сердца у детей необходимо принимать во внимание возрастные особенности сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования. Изучения часто встречающиеся изменения миокарда у подростков на ЭКГ у подростков.

Материалы и методы. Нами было обследовано 110 детей подростков учащихся 8-10 классов обратившиеся Городской Подростковый диспансер г Ташкента.

Проведение антропометрических исследований по рекомендации ВОЗ Антро плюс (2009). Из них 60 девочек и 50 мальчиков. Проводились объективные данные, методы обследования, инструментальные - ЭКГ.

Результаты и обсуждения. По анализу данных амбулаторных карт №025, было выявлено, что 45% детей имели функциональные отклонения опорно-двигательном аппарате, 29,5 % часто болели острыми респираторными заболеваниями, различные хронические Лор патологии имеют- 25,5 %. При обследовании, дети в основном жаловались на боль в области сердца - 68%, частые головные боли и головокружения 32%. При аускультации у 38% детей наблюдался дыхательная аритмия, 18% детей функциональный шум в области митрального клапана. В лабораторным данным при общий анализ крови у всех дети выявлено анемия, из них 72% анемия 1-степени и 28% анемия 2-степени. По результатам регистрацию ЭКГ в 12-отведениях в 65 (55,0%) случаях – без отклонений от нормы. У 45 подростков выявлены впервые изменения на ЭКГ. Из нарушений ритма сердца у подростков впервые было выявлено синусовая аритмия у 15 подростков, а также синусовая тахи- и брадикардия у 10 соответственно с симпатикотоническим и ваготоническим типом вегетативной регуляции. На ЭКГ зарегистрированы у 23% детей неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) часто встречается в препубертатном и пубертатном периодах (Осколкова М. К., Куприянова О. О., 1986), СРРЖ обнаружено у 13(11,8%) подростков. Этот синдром часто встречается при первичной дисплазии соединительной ткани (воронкообразная деформация грудной клетки, пролапс митрального клапана, ложные хорды левого желудочка и др.); гипертрофической кардиомиопатии, дополнительных атриовентрикулярных путях, вегетативной дисфункции, электролитных нарушениях и т.д. Поэтому выявление СРРЖ требует исключения заболеваний сердечно-сосудистой системы и необходимо дальнейшая диагностика.

Выводы. Проведенное наше исследования школьников выявлено впервые нарушения деятельности миокарда, которое требует дальнейшего глубокого изучения патологии. С этой целью используют, в первую очередь, рентгенографию грудной клетки, суточный мониторинг на электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоЭКГ) и др.

ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ.

Юнусова Х.Р., Бегматов Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Проанализировать вероятность развития хронической почечной недостаточности у пациентов с диагнозом сахарного диабета 2 типа на основе клинического обследования и результатов лабораторных исследований.

Материалы и методы исследования: Проведено объективное обследование и проанализированы лабораторные данные 290 пациентов, разделённых на две группы:

- 1) с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек;

2) с сахарным диабетом 2 типа без патологии почек.

Результаты исследования: На сегодняшний день сахарный диабет 2 типа (СД2) признан самым распространённым метаболическим заболеванием, ассоциированным с тяжелыми осложнениями не только со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС), но и со стороны почек. Известно, что хроническая болезнь почек (ХБП) сама по себе является фактором риска развития сердечно-сосудистых катастроф и значительно ухудшает прогноз и качество жизни пациентов. Хроническая болезнь почек (ХБП) — это нарушение функции почек или снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) <60 мл/мин/1,73 м², продолжающееся более трех месяцев. Одним из наиболее распространенных осложнений сахарного диабета (СД) 2 типа является диабетическая нефропатия (ДН). Диабетическая нефропатия — это специфическое для диабета поражение почек с развитием гломерулосклероза, приводящее к конечной стадии почечной недостаточности. Диабетическая нефропатия — результат воздействия метаболических и гемодинамических факторов на почечную микроциркуляцию. Гипергликемия играет ключевую роль в формировании диабетической нефропатии. Ингибиторы натрий-глюкозового котранспортера типа 2 (иНГЛТ2) предотвращают реабсорбцию излишнего количества глюкозы в проксимальных канальцах почек, что приводит к снижению уровня гликированного гемоглобина (HbA1c). Применение глифлозинов типа 2 возможно как в монотерапии, так и в сочетании с другими лекарствами, снижающими уровень сахара у пациентов с диабетом 2 типа.

Из 290 обследованных пациентов с СД 2 типа у 165 (56,7%) была диагностирована хроническая болезнь почек. Из них 77 (46,67%) являются представителями мужского пола, 88 (53,33%) — женского. Средний возраст исследованных пациентов составлял $62,6 \pm 11,5$ [95%ДИ 61,3-64,0] лет, медиана ИМТ-30,2 [26,5;35,0] кг/м². Средний показатель уровня HbA1c был равен 8,9 [7,6;10,5], из которых 90,34% пациентов имели HbA1c $>7\%$. Медиана глюкозы крови натощак составила 6,95 [5,7;8,67] ммоль/л. У 68 % участников регистрировалась дислипидемия. Из общего количества пациентов с СД 2 типа 74,83% страдали артериальной гипертензией (АГ). Среднее значение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у пациентов с ХБП (по формуле СКД-ЕП) составило 46,92 (мл/мин/1,73м²). 6,06% пациентов с ХБП и 40,8% без ХБП ранее принимали иНГЛТ-2 для лечения СД. У пациентов с СД 2 типа со стажем более 10 лет ХБП развилась в 55,15% случаев.

Вывод: на основании результатов проведенного исследования, было установлено, что среди пациентов с СД 2 типа, хроническая болезнь почек встречается чаще у лиц женского пола. Возраст старше 60 лет, ИМТ более 30 кг/м², повышенное АД и стаж более 10 лет являются основными предрасполагающими факторами развития хронической болезни почек у пациентов со вторым типом сахарного диабета. У большинства обследованных с ХБП при СД 2 типа была значительно снижена СКФ. Использование иНГЛТ-2 в лечении СД 2 типа связано с уменьшением вероятности развития ХБП.



ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

**Жураев Г.Г., Касымов А.Л., Солиев М.Б.,
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Улучшение результатов гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике. Обе группы были сопоставимы по всем основным показателям: пол, возраст, локализация и тяжесть течения гнойно-некротического процесса и т.д.

Распределение больных по локализации флегмоны на нижней конечности показало, что в группе сравнения было по 24 (42,1%) пациента с гнойно-некротическим процессом на бедре и голени, в остальных 9 (15,8%) случаев поражение было в коленной области. В основной группе было 22 (41,5%) пациента с флегмоной бедра, 8 (15,1%) в области голени и 23 (43,4%) на голени.

Мужчины существенно преобладали в группах и составили 73,7% (42 пациента) в группе сравнения и 69,8% (37 пациентов) в основной группе. Возраст больных был от 18 до 70 лет. В большинстве случаев пациенты были от 40 до 70 лет – 82,5% (47 пациентов) в группе сравнения и 81,1% (43 пациента) в основной группе.

Все пациенты при поступлении жаловались на наличие фебрильной температуры, общей интоксикации, покраснение и отек в месте гнойно-некротического процесса, а также размягчение инфильтрата с развитием гнойной полости. В группе сравнения 42 (73,7%) и 45 (84,9) в основной группе предъявляли жалобы на озноб, около 10% пациентов отмечали увеличение лимфатических узлов.

В зависимости от вида флегмоны распределение показало следующее. В группе сравнения у 21 (36,8%) пациента и в основной группе у 17 (32,1%) флегмона была гнойная, серозная у 6 (10,5%) и 4 (7,5%) пациентов соответственно, гнилостная у 7 (12,3%) и 7 (13,2%), некротическая у 13 (22,8%) и 16 (30,2%), анаэробная у 10 (17,5%) и 9 (17,0%) пациентов.

После короткого предоперационного курса обследования и подготовки все пациенты были оперированы. Было выполнено вскрытие гнойно-некротического очага, с некрэктомией, при этом как было сказано выше методика ведения ран отличалась в группах сравнения.

В обеих группах вскрытие и санация очага в техническом плане были идентичными. Отличия были в дополнении в основной группе методов физического воздействия на рану, то есть лазерного облучения и фотодинамического эффекта метиленовой сини.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде учитывались все виды возможных осложнений. Общая их частота в группе сравнения составила 66,7% (у 38 из 57 пациентов), при этом в основной группе верифицировано 24,5% случаев осложненного течения (у 13 из 53 пациентов), что оказалось достоверно меньше, чем в группе сравнения ($\chi^2=19,610$; $df=1$; $p<0,001$). Характер поражения определял возможность его распространения после вскрытия и санации, что было отмечено в обеих группах, но при этом дополнительное воздействие на рану в основной группе позволило фактически в 4 раза сократить риск развития этого осложнения. Так, в группе сравнения распространение воспалительного процесса на соседние ткани отмечено у 21 (36,8%) пациента, а в основной группе у 5 (9,4%). Краевой некроз раны развился у 15 (26,3%) и 6 (11,3%) пациентов соответственно. Другими частыми осложнениями в группе сравнения были кровоизлияние из раны и инфильтрат – по 9 (15,8%) пациентов, при этом в основной группе развитие инфильтративного процесса отмечено только у 3 (5,7%) больных. Явления острого лимфангита зарегистрировано у 6 (10,5%) и 2 (3,8%) пациентов.

В целом, в группе сравнения дополнительные инвазивные вмешательства были проведены у 18 (31,6%) пациентов, тогда как в основной группе только у 7 (13,2%) ($\chi^2=5,278$; $df=1$; $p=0,022$). Повторное вскрытие очага при распространении воспаления было выполнено у 3 (5,3%) и 1 (1,9%) пациентов соответственно, еще в 4 (7,0%) и 1 (1,%) случаев эта манипуляция дополнялась иссечением некротизированных тканей. В 11 (19,3%) и 5 (9,4%) случаях вмешательство было ограничено иссечением некротизированных тканей.

В раннем послеоперационном периоде у больных после вскрытия гнойно-некротического процесса оценку местного статуса в динамике проводили по состоянию кожи вокруг раны, ее цвету, наличию отека, гиперемии, гнойных затеков или некротической ткани, местной температуре, а также характеру и размерам раневого дефекта.

Таким образом, внедрение нового способа лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 66,7% (у 38 из 57 больных из группы сравнения) до 24,5% (у 13 из 53 пациентов в основной группе; $\chi^2=19,610$; $df=1$; $p<0,001$), тем самым уменьшить необходимость в повторных вмешательствах с 31,6% (18 пациентов в группе сравнения) до 13,2% (7 пациентов в основной группе; $\chi^2=5,278$; $df=1$; $p=0,022$). Стимуляция этио-патогенетических механизмов заживления гнойных ран позволило существенно ускорить регресс раневого процесса, в частности уже к 3 суткам отмечено достоверное снижение уровня лейкоцитоза (с $13,7\pm 3,7$ до $11,6\pm 3,5 \times 10^9/\text{л}$ в группе сравнения и с $14,2\pm 2,8$ до $10,1\pm 2,6 \times 10^9/\text{л}$ в основной группе; $t=2,63$; $p<0,05$), в свою очередь наличие раневого отека к 7 суткам сохранялось в 36,8% (21 пациент) в группе сравнения и у 15,1% (8) в основной группе ($\chi^2=6,691$; $df=1$; $p=0,010$), инфильтрата у 38,6% (22) против 15,1% (8) ($\chi^2=7,648$; $df=1$; $p=0,006$) соответственно, раневого отделяемого у 40,4% (23) против



17,0% (9) ($\chi^2=7,2,71$; $df=1$; $p=0,008$), с полным очищением раны в эти сроки у 50,9% (29) против 79,2% (42) ($\chi^2=9,658$; $df=1$; $p=0,002$) и появлением грануляционной ткани у 24,6% (14) против 54,7% (29) ($\chi^2=10,489$; $df=1$; $p=0,002$).

Вывод. Внедрение нового способа лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с сахарным диабетом позволило сократить частоту послеоперационных осложнений с 66,7% до 24,5% ($p<0,001$), тем самым уменьшить необходимость в повторных вмешательствах с 31,6% до 13,2% ($p=0,022$), при этом на 7 сутки отмечено более существенное снижение лейкоцитоза ($10,3\pm 3,1$ против $8,8\pm 2,1 \times 10^9/\text{л}$; $p<0,05$), доли пациентов с сохранением отека с 36,8% до 15,1% ($p=0,010$), инфильтрата с 38,6% до 15,1% ($p=0,006$), раневого отделяемого с 40,4% до 17,0% ($p=0,008$), а также увеличение больных с полным очищением раны с 50,9% до 79,2% ($p=0,002$) и появлением грануляционной ткани с 24,6% до 54,7% ($p=0,002$). Стимуляция этио-патогенетических механизмов заживления гнойных ран позволила существенно ускорить регресс раневого процесса, с увеличением частоты полной эпителизации раны к 14 суткам лечения с 36,8% до 69,8% ($p<0,002$), достоверно более высокими темпами сокращения площади раневой поверхности ($p<0,05$), сокращением средних сроков полного заживления ран с $19,1\pm 10,3$ до $12,5\pm 6,3$ суток ($p<0,05$), а также длительности госпитализации с $11,2\pm 4,1$ до $8,3\pm 2,7$ суток ($p<0,05$).

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ У КРЫС С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ И НОВЫХ МЕТОДОВ

**Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Солиев М.Б.,
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Оценить эффективности результатов лечения гнойно-некротического процесса у крыс на экспериментальной модели СД.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены в лаборатории экспериментальной хирургии ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова» на белых беспородных крысах обоего пола весом 230-280гр. Операции выполнялись под общей анестезией согласно требованиям о гуманном обращении с экспериментальными животными (Страссбург, 1986).

Для формирования экспериментальной модели флегмоны мягких тканей у крыс первично воспроизводилась модель развития СД. С этой целью применялся способ формирования экспериментальной модели СД. В качестве фармакологического агента применен препарат Аллоксан. Способ и дозировки введения аллоксана по предложенному методу: введение раствора аллоксан-тетрагидрата внутрибрюшинного в дозе 170 мг/на 1 кг массы тела. Аллоксан вводили после суточного голодания.

Формирование флегмоны нижней конечности проводилось по следующей методике. Под общей анестезией парами севофлюрана произведен надрез в области 1/3 бедра нижней конечности. С использованием инструмента москит сформировано в дистальном направлении ложе в подкожном пространстве, куда была помещена марлевая полоска, смоченная раствором бактериальной смеси, полученных из

просвета толстой кишки. Разведение из расчета 100 мг фекалий на 20 мл физиологического раствора. Кожная рана ушита узловым швом.

Результаты исследования. Первые признаки диабета проявлялись в виде резкого увеличения потребления воды до 120 мл, резкой потери в весе, выпадении шерсти. В биохимических исследованиях использовали цельную кровь и сыворотку. Наблюдалось несколько фаз изменений содержания глюкозы крови: первая фаза – гипергликемическая, достигающая максимума в течение первых часов; вторая – гипогликемическая, которая в основном проявлялась на протяжении первых суток, третья фаза – фаза стойкой гипергликемии (табл.1).

Таблица 1

Динамика показателя глюкозы в крови экспериментальных животных

Показатель	Контрольные значения для крыс	Дни эксперимента							
		1й	3й	5й	7й	14й	30й	45й	
Глюкоза	2,3±0,2	3,7±0,05	10,7±0,04	10,2±0,12	9,4±0,02	9,7±0,05	9,4±0,04	10±0,07	

В сериях экспериментов проведены сравнительные исследования эффективности нового способа лечения гнойно-некротических ран подкожной клетчатки на фоне экспериментального аллоксанового СД.

На фоне формирования гнойного процесса в области бедра на 4-5 сутки после операции производилось оперативное вмешательство.

Результаты традиционного лечения. В контрольной группе животных использован традиционный метод лечения гнойно-некротического поражения мягких тканей конечности. В контрольной группе животных гнойная рана отсекалась под общей анестезией парами севофлюрана с санацией, некрэктомией и обработкой 3% раствором перекиси водорода. Далее рана оставалась открытой и проводилось наблюдение.

На следующие сутки после вскрытия гнойника рана была покрыта гнойно-некротическим налетом. Признаков появления грануляций и очищения раны не было выявлено. На 3 сутки после вскрытия гнойника имел место некроз кожи по краям операционной раны, последняя зияла, без признаков сокращения площади. Дно раны было покрыто гнойно-некротическим налетом. На 7 сутки после операции рана покрыта плотной коркой, после удаления которой поступает скудное количество гнойного отделяемого с некротическими тканями. В отдельных местах раны появляется гранулирующая ткань. На 11 сутки после вскрытия и санации раны у крыс с сахарным диабетом рана вновь покрыта плотной корочкой, которая не отделяется от краев и дна раны. При надавливании отделяемого и флюктуации нет. Имеет место сокращение площади раны.

Морфологические изменения после лечения флегмон кожи в контрольной группе характеризовались: эпидермис гиперплазирован, диффузная лейкоцитарная инфильтрация подкожной клетчатке. Кровеносные сосуды расширены и



неравномерно полнокровны. Покровный эпителий с дистрофическими изменениями, серозный экссудат в гиподерме. Незначительная лейкоцитарная инфильтрация в подкожной клетчатке, отек соединительнотканной стромы, сальные и потовые железы гиперплазированы. Кровеносные сосуды расширены.

На 3-4 сутки после формирования гнойника в области левого бедра у крыс наблюдался прорыв гнояного отделяемого из области ушитой кожной раны. В дальнейшем в течение 7-9 суток после операции наступало самопроизвольное излечение гнойно-некротического процесса с выходом из раны инородного тела в виде марлевой полоски. Рана заживала вторичным натяжением на 10-11 сутки после операции.

Результаты лечения в опытной группе животных. В опытной группе крыс в эти же сроки производили лечение новым способом:

Нами был разработан и апробирован в эксперименте метод лечения, основанный на достаточной аэрации гнойных затеков донатором синглетного кислорода и кислородных радикалов (метиленовой синью) под воздействием излучения в красном спектре (630-660 нм), которое эффективно подавляет рост бактерий.

Способ хирургического лечения гнойно-некротических процессов и флегмон нижних конечностей на фоне СД: рассечение тканей и санация гнойных затеков, иссечение некротических тканей с оставлением двухпросветных прозрачных дренажных трубок в карманах и полостях, отличающийся тем, что после выведения дренажей открытая рана закрывается стерильной полиэтиленовой самоклеящейся пленкой (пленка для перевязок), затем в послеоперационном периоде проводится капельное промывание полости раны через установленный дренаж 0,1% раствором метиленовой сини в течение 1 часа под давлением не менее 500 мм вод.ст. со скоростью 60 капель в минуту и через 30 минут после начала промывания через фиксированную поверх раны пленку проводится облучение области раны лазерным аппаратом Восток-2 в расфокусированном непрерывном режиме, в диапазоне 630-660 нм, мощностью 120 мВт, в течение 1 минуты на каждые на 2,5-3,0 см², при этом данная процедура проводится 3-4 раза в день в течение 3-5 суток, а после стихания острого гнойного воспаления 2 раза в день в течение 2-3 суток и затем 1 раз в день еще 2-3 суток.

В этой группе животных на 3 сутки после формирования флегмоны гнойная полость вскрывалась, обрабатывалась антисептиком -0,1% раствором метиленовой сини с последующим облучением лазерным излучением в спектре 640-660 нм, что оказывало выраженный антимикробный фотодинамический эффект. В результате лечения летальных исходов в опытной группе животных не было. Заживление раны проходило с формированием корки на 2-3 сутки после вскрытия гнойника и полным заживлением в течение 8-10 суток. В опытной группе животных после проведенной операции и санации раны крысы активно передвигались по клетке, сопротивлялись при попытке взять в руки. При осмотре рана покрыта плотной корочкой, умеренно болезненная при пальпации. На перевязке под общей анестезией после удаления корочки выделяется небольшое количество мутной жидкости без запаха. Дно раны покрыто фибрином, имеются участки краевого некроза тканей. Рана имеет продолговатую форму. На 3 сутки после операции состояние животных мало отличается от здоровых особей. При осмотре рана значительно сократилась в

размерах, покрыта плотной корочкой. При пальпации малоболезненная. На перевязке под общей анестезией корочка над раной снимается с трудом, рана кровоточит. Рана значительно сократилась в размере. Дно раны с признаками грануляций. Некротические ткани отошли вместе со снятой корочкой. На 5 и 7 сутки после операции при осмотре рана покрыта плотной корочкой, малоболезненная, края раны сократились.

На 5 сутки после операции при лечении была взята биопсия тканей в области бедра: эпидермис умеренно вырастает, а также в слое дермы наблюдается отёчность из-за воспаления соединительной ткани. Кровеносные сосуды равномерно распределены, склерозированы, в тканях не наблюдалось излияние крови.

На 9-11 сутки после операции отмечено отхождение корочек над раной с формированием рубца на месте сформированного ранее гнойно-некротического процесса. Основным эксперимент заключался в формировании гнойного процесса в мягких тканях нижней конечности при сопутствующем СД и выполнении лечебных манипуляций в контрольной и опытной группах животных. Установлено, что у крыс, которым лечение не проводилось наступала генерализация процесса в виде сепсиса с летальным исходом у 30% животных на 4-6 сутки. При проведении традиционного лечения, который заключался во вскрытии гнойника на 3 сутки и обработки антисептиками наблюдалась генерализация процесса в виде сепсиса и гибелью 10 % животных. У остальных крыс на фоне СД процесс заживления затягивался до 13-16 суток с формированием гнойника пол коркой и завершением процесса в виде грубого рубца. В то же время нормализация уровня лейкоцитов крови не наступала и через 30 суток.

На фоне экспериментального СД гнойно-некротический процесс часто осложнялся сепсисом с летальным исходом животных. Морфологические изменения на 3 сутки развития гнойно-некротического процесса в области бедра у крыс на фоне СД: отмечалось разрушение эпидермиса и дермы, на дне раны – некротические массы с большим количеством нейтрофильных лейкоцитов. На дне и краях раны отмечался резко выраженный отек, кровоизлияния и диффузная инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами, серозный экссудат и кровоизлияния в гиподерме. Кровеносные сосуды расширены и полнокровны. Установлено, что воспалительная инфильтрация распространялась на все слои дермы и подкожно жировую клетчатку. В некоторых наблюдениях отмечалось формирование полостей, заполненных гнойно-некротическими массами. На 5 сутки после лечения новым способом наблюдалось улучшение состояния животных и характера раны. Гнойное отделяемое прекращалось, рана покрывалась корочкой. Морфологически эпидермис умеренно пролиферирует. В слоях дермы наблюдается отёчность из-за воспаления соединительной ткани. Кровеносные сосуды равномерно распределены, склерозированы. В тканях не наблюдается процесс кровоизлияний и прогрессирование некроза. Дно раны очищается от фибриновых наложений и прослеживается процесс регенерации тканей.

Выводы. Морфологические исследования при формировании гнойно-некротического процесса в области бедра у крыс на 3 сутки показали, что в зоне поражения выявлялся некротизированный эпидермис, инфильтрация, серозный экссудат и кровоизлияния в гиподерме, в то время как на фоне СД микроскопически



отмечалось разрушение дермы, в подкожной клетчатке резко выраженное кровоизлияние, а также диффузная инфильтрация полиморфноядерными лейкоцитами.

Проведенные экспериментально-морфологические исследования на модели гнойно-некротического поражения мягких тканей бедра в условиях СД показали, что применение локального лазерного воздействия и фотодинамического эффекта при лечении этих деструктивных процессов обеспечивают ускорение регресса воспалительной инфильтрации всех слоев дермы и подкожно жировой клетчатки, сокращение периода до полного прекращения гнойно-некротического отделяемого и очищение раны от фибриновых наложений, уменьшение локального отека тканей и активацию процессов регенерации.

ИЗУЧЕНИЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Солиев М.Б., Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Кадырова М.Н.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Усовершенствование результатов гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных с сахарным диабетом путем применения фотодинамической терапии в комбинации с лазерным излучением.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование охватило период с 2020 по май 2023 года, всего по поводу флегмоны различной локализации на нижних конечностях, которые развились на фоне СД, включено 110 больных, оперированных в отделении гнойно-септической хирургии клиники АГМИ. Все пациенты были распределены на две группы. В основную группу включено 53 пациента, у которых за период с 2022 по май 2023 года оперативное лечение флегмоны нижней конечности произведено по усовершенствованному способу лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных с СД. В группу сравнения вошли 57 пациентов (2020-2021 гг), у которых оперативное лечение проводилось по традиционной методике. Обе группы были сопоставимы по всем основным показателям: пол, возраст, локализация и тяжесть течения гнойно-некротического процесса и т.д.

Распределение больных по локализации флегмоны на нижней конечности показало, что в группе сравнения было по 24 (42,1%) пациента с гнойно-некротическим процессом на бедре и голени, в остальных 9 (15,8%) случаев поражение было в коленной области. В основной группе было 22 (41,5%) пациента с флегмоной бедра, 8 (15,1%) в области голени и 23 (43,4%) на голени.

Мужчины существенно преобладали в группах и составили 73,7% (42 пациента) в группе сравнения и 69,8% (37 пациентов) в основной группе. Возраст больных был от 18 до 70 лет. В большинстве случаев пациенты были от 40 до 70 лет – 82,5% (47 пациентов) в группе сравнения и 81,1% (43 пациента) в основной группе. Все пациенты при поступлении жаловались на наличие фебрильной температуры, общей интоксикации, покраснение и отек в месте гнойно-некротического процесса, а также размягчение инфильтрата с развитием гнойной полости. В группе сравнения 42



(73,7%) и 45 (84,9) в основной группе предъявляли жалобы на озноб, около 10% пациентов отмечали увеличение лимфатических узлов. В зависимости от вида флегмоны распределение показало следующее. В группе сравнения у 21 (36,8%) пациента и в основной группе у 17 (32,1%) флегмона была гнойная, серозная у 6 (10,5%) и 4 (7,5%) пациентов соответственно, гнилостная у 7 (12,3%) и 7 (13,2%), некротическая у 13 (22,8%) и 16 (30,2%), анаэробная у 10 (17,5%) и 9 (17,0%) пациентов. После короткого предоперационного курса обследования и подготовки все пациенты были оперированы. Было выполнено вскрытие гнойно-некротического очага, с некрэктомией, при этом как было сказано выше методика ведения ран отличалась в группах сравнения. В обеих группах вскрытие и санация очага в техническом плане были идентичными. Отличия были в дополнении в основной группе методов физического воздействия на рану, то есть лазерного облучения и фотодинамического эффекта метиленовой сини.

Результаты исследования. Отдаленные результаты были прослежены у всех пациентов в сроки от 3 до 12 месяцев. Учитывались как непосредственные результаты, то есть заживление ран без развития рецидива, так и такие факторы как длительное заживление ран (более 4 недель), формирование грубого послеоперационного рубца, при этом отдельно выделен один пациент в группе сравнения, у которого формирование рубца привело к функциональному нарушению сустава. В группе сравнения в отдаленном периоде без осложнений было 29 (50,9%) пациентов, тогда как в основной группе этот показатель был существенно выше и составил 81,1% (у 43 из 53 пациентов) ($\chi^2=11,118$; $df=1$; $p<0,001$). Рецидив флегмоны отмечен в 3 (5,3%) случаях в группе сравнения, длительное заживление было у 7 (12,3) пациентов в группе сравнения и 1 (1,9%) больного в основной группе. Грубый рубцовый процесс отмечен у 17 (29,8%) и 9 (17,0%) пациентов соответственно. В случаях формирования грубого послеоперационного рубца в основном проводили физиотерапевтические процедуры, противовоспалительное и местное лечение. Эти осложнения возникали в основном через 3-4 недели после операции. Оценка отдаленных результатов оперативного лечения флегмоны нижних конечностей у больных сахарным диабетом подразумевала следующую градацию: хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный результат. К хорошим исходам отнесли случаи, когда у пациента полностью была сохранена функция конечности; отсутствовали жалобы, была удовлетворенность результатом оперативного лечения, отсутствовали грубые послеоперационные рубцы. Удовлетворительные результаты включали наличие на месте послеоперационных ран грубых гипертрофических рубцов, если отмечалось длительное заживление ран, отсутствовали функциональные нарушения в конечностях, если имелся незначительный дискомфорт в зоне оперативного вмешательства. К неудовлетворительным результатам операции отнесли случаи с развитием рецидива флегмоны, а также формирование выраженного гипертрофического рубца с функциональными нарушениями в конечности. При флегмонах бедра хорошие результаты были получены у 14 (58,3%) пациентов в группе сравнения и 19 (86,4%) в основной группе, удовлетворительные у 9 (37,5%) и 3 (13,6%) пациентов соответственно, а неудовлетворительные у 1 (4,2%) больного в группе сравнения. При флегмонах области колена хорошие результаты были получены у 5 (55,6%) пациентов в группе сравнения и 6 (75,0%) в основной группе,



удовлетворительные у 3 (33,3%) и 2 (25,0%) пациентов соответственно, а неудовлетворительные у 1 (11,1%) больного в группе сравнения. При флегмонах голени хорошие результаты были получены у 10 (41,7%) пациентов в группе сравнения и 18 (78,3%) в основной группе, удовлетворительные у 12 (50,0%) и 5 (21,7%) пациентов соответственно, а неудовлетворительные у 2 (8,3%) больных в группе сравнения (табл. 5.9). В целом по группам хорошие результаты были получены у 29 (50,9%) пациентов в группе сравнения и 43 (81,1%) в основной группе, удовлетворительные у 24 (42,1%) и 10 (18,9%) пациентов соответственно, а неудовлетворительные у 4 (7,0%) больных в группе сравнения ($\chi^2=12,358$; $df=2$; $p=0,003$). Таким образом, стойкий антибактериальный эффект в совокупности с ускорением процессов регенерации позволили сократить частоту развития отдаленных осложнений после хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом с 50,9% (у 28 из 57 пациентов) в группе сравнения до 18,9% (у 9 из 53 пациентов) в основной группе ($\chi^2=11,118$; $df=1$; $p<0,001$), включая снижение риска формирования грубых рубцовых процессов с 31,6% (18) до 17,0% (9), длительного заживления ран с 12,3% (7) до 1,9% (1), а также отсутствие рецидива флегмоны (5,3% в группе сравнения), что в целом обеспечило увеличение доли хороших результатов операций с 50,9% (29) до 81,1% (43) с отсутствием неудовлетворительных исходов (7,0% в группе сравнения; $\chi^2=12,358$; $df=2$; $p=0,003$).

Вывод. Стойкий антибактериальный эффект в совокупности с ускорением процессов регенерации позволили сократить частоту развития отдаленных осложнений после хирургического лечения гнойно-некротических процессов нижних конечностей на фоне сахарного диабета с 50,9% до 18,9% ($p<0,001$), включая снижение риска формирования грубых рубцовых процессов с 31,6% до 17,0%, длительного заживления ран с 12,3% до 1,9%, а также отсутствие рецидива флегмоны (5,3% в группе сравнения), что в целом обеспечило увеличение доли хороших результатов с 50,9% до 81,1% с отсутствием неудовлетворительных исходов (7,0% в группе сравнения; $p=0,003$).

PREVENTION OF DISEASES IN GYNECOLOGY

Rasulova Nilufar Abduvossiyevna

**CAMU International Medical University Department of Social Sciences and Physical
Culture Senior English teacher, PhD.Uzbekistan, Fergana**

Annotation: This article reviews the definition, epidemiology, and safety quality of the most common gynecological conditions, including cervical cancer, breast cancer, PCOS, uterine bleeding, and vulvovaginitis.

Key words: neoplasia, cervix cancer, milk ducts, breast cancer, menorrhagia, sexual life, smoking,

In the few last decades, papilloma and herpes viruses gets more importance in the development of epithelial dysplasia, neoplasia and cervix cancer. Cervix cancer has the second place in mortality from gynecology diseases with the incidence of 350,000 new cases diagnosed each year.

In countries where screening is well-developed, such as England, the number of women suffering and dying from cervix cancer has been reduced by 80%. Breast cancer is the most common cancer among women (about 32% of all cancers) and the most common cause of death in the age of 45-55 years. In the world, about 1 million new cases are registered each year. In developed countries, mortality was significantly reduced to about 25%, thanks to the early detection and modern therapy. The incidence of the polycystic ovary syndrome (PCOS) is 15-25% in the population of women in the reproductive age according to the European criteria. It is more common in adolescents with 25%. Luckily, after the age of 40 it is relieved by hyper and rogenemia spontaneously so that in this age the incidence is about 15% and in perimenopausal period the incidence is 10%.

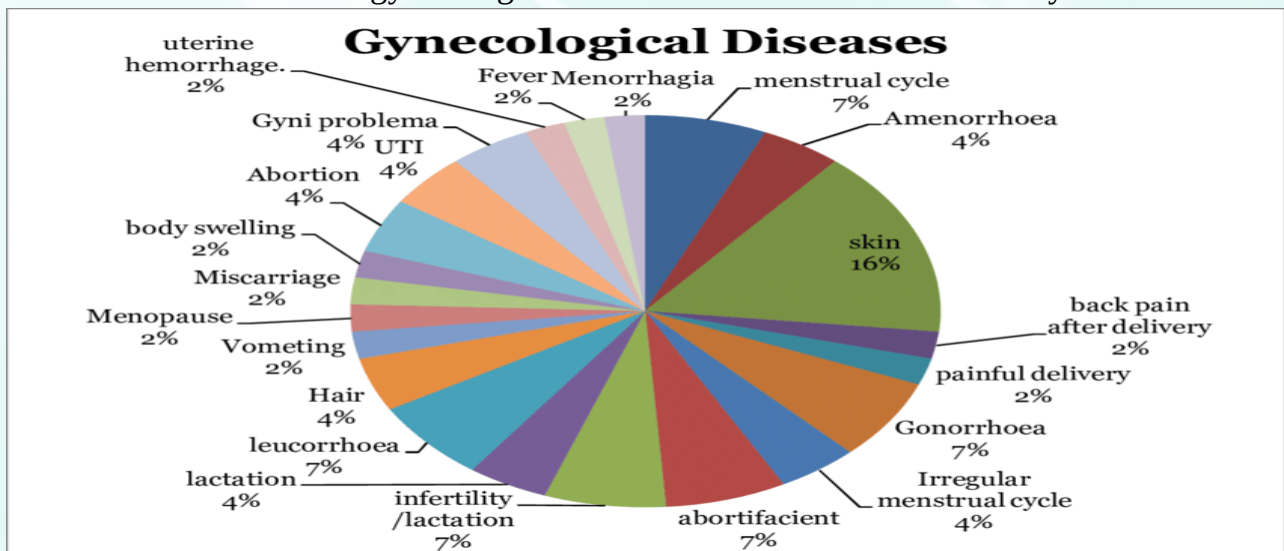
Numerous studies have shown that the rate of incidence and mortality are significantly reduced where there is organized screening. The general practitioners has an important role to make sure that most of the women are attending regular, systematic gynecological examinations according to recommendation that exist in the national guide for the prevention of malignant diseases.

In terms of medical science and practice this imply: How to identify, lead and resolve, also treat the diseases according to certain guidelines and treatment algorithms. Furthermore, disease management and compliance means algorithms and the adoption of certain postulates by family doctors in the health care centers as they represent the first line of meeting and solving certain diseases and conditions in patients.

Management of gynecological diseases represents the application in the field of gynecological diseases. Gynecological diseases are diseases of the female genital organs and within it we can talk about sexually transmitted diseases and obstetrics.[1,2,3,4,5] Their diagnosis and treatment is an important aspect of the quality-of-life of women and their reproductive health because these diseases are public health and social problem and is very important to deal with them at the level of primary health-care (PHC), so in this context to promote both primary and secondary prevention.[6,7] Sometimes, this is more important than curative procedures. First of all, it is important to promote a healthy life-style and conscious entering the sexual activity by young girls. Primary prevention involves regular gynecological examinations and screening.

Here, we will specify the definition and epidemiology of the most frequent gynecological diseases and their risk factors: Cervical cancer, breast cancer, PCOS, irregular bleedings from the uterus and vulvo vaginitis.

Pie chart 1. It shows gynecological diseases identified from the study area In recent



decades, to papilloma and herpes viruses is attributed the growing importance in the emergence of epithelial dysplasia, neoplasia and cervical cancer. It is believed that the influence of these viruses that penetrate the epithelium around the outer cervix at the place of metaplasia of the layered stratified epithelium in the cylinder caused changes in epithelial cells that lead to dysplasia. Cervical cancer primarily affects women from 45 to 50 years of age; approximately 37% of patients are younger than 35 years. Women over 65 make up 10% of patients and this age group usually dies from the disease, which is related to progression of the disease at the time of diagnosis. Causes of primary dysmenorrhea and mechanism of pain occurrence in it are not known today. It is believed that a substantial influence have psychological factors, due to the threshold of sensitivity of different people.

**STUDYING PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN:
TUDYING PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT
WOMETREATMENT.**

**Abdukakhorova S.K., Mamasoliev N.S., Asrankulova D.B., Kalandarov D.M. Andijan
State Medical Institute, Andijan branch of RRCEM.**

Relevance of the topic. Regardless of a country's socioeconomic development, the main causes of death and disability in women are non-infectious diseases, many of which often occur together. Having 2 or more chronic diseases in a person is known as physical multimorbidity. The problem of physical multimorbidity is closely related to non-infectious diseases, which are currently widespread. According to WHO (2015), 38 million people die every year from non-communicable diseases. In our country, the mortality rate of the population suffering from non-communicable diseases is 78%, and from cardiovascular diseases which are classified in this group, according to official statistics (2021, statistics) - 60%. In primary health care settings, in maternity centers and obstetric teams, general practitioners, family doctors, and specialized doctors, physical multimorbidity is not sufficiently diagnosed, and not all patients, including pregnant women, receive adequate prevention and treatment.

The purpose of this study. Studying the frequency of occurrence, features of prevention and development of adequate ways to treat physical multimorbidity in pregnant women.

Research objectives. Studying the incidence of physical multimorbidity, the prevalence of common risk factors for physical multimorbidity in the population of pregnant women in the Fergana Valley. Study of the epidemiological characteristics of common risk factors in groups of pregnant women with different levels of the physical multimorbidity index.

Material and methods. The object of the study will be pregnant women observed in the perinatal center, maternity centers and clinics during 2019-2021. A 10% representative sample of 1,500 people was formed from the list of pregnant women in Andijan. Pregnant women selected for the epidemiological study will be examined using survey, biochemical, clinical, obstetrician-gynecological and instrumental research methods. Results. The frequency of prevalence of physical multimorbidity in the population of pregnant women living in the Fergana Valley of Uzbekistan was studied. An epidemiological study determined the prevalence of common risk factors for physical multimorbidity in pregnant women. Regional epidemiological characteristics of common risk factors in population

groups of pregnant women with different levels of the physical multimorbidity index were studied and determined.

Conclusion. It should be noted that there is a significant increase in multimorbid pathology among the population, which significantly influences the prognosis and course of non-communicable diseases, which also determines the need for a population-based study of regional factors and characteristics that determine its formation, including in the population of pregnant women. Thanks to this scientific work Innovative technologies have been developed to optimize the treatment of physical multimorbidity in pregnant women. And an innovative technology for the prevention of physical multimorbidity in pregnant women was proposed for practice.

WAYS FOR PREVENTION AND TREATMENT OF PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN.

**Abdukakhorova S.K., Asrankulova D.B., Mamasoliev N.S., Usmanov B.U.
Andijan State Medical Institute Andijan, Andijan branch of RRCM.**

Relevance of the topic. Noncommunicable diseases (NCDs), including heart disease, stroke, cancer, diabetes and chronic lung disease, together account for 74% of deaths worldwide. Nearly three quarters of all deaths due to NCDs and 86% of premature deaths among the 17 million people under 70 years of age occur in low- or middle-income countries. There is scientific evidence for this conclusion in modern research: in low- and middle-income countries and almost half of middle-aged people have physical multimorbidity (PM). About 25% of them have at least three chronic diseases at the same time, about 10% have 4 or more, PM is associated with a lower quality of life, increased health care costs, and ultimately an increased risk of premature mortality.

PM increases significantly with age from 10% among 19 year olds to 80% among those 80 years of age and older. In the daily practice of a family doctor, the prevalence of PM is 69% among young patients, 93% among middle-aged people, and 98% among patients in the older age group. At the same time, the average number of NCDs in young people is 2.8; in old people - 6.4

The purpose of this study. Studying the frequency of occurrence, features of prevention and development of adequate ways to treat physical multimorbidity in pregnant women.

Research objectives. Studying the incidence of physical multimorbidity, the prevalence of common risk factors for physical multimorbidity in the population of pregnant women in the Fergana Valley. Study of the epidemiological characteristics of common risk factors in groups of pregnant women with different levels of the physical multimorbidity index.

Material and methods. The object of the study will be pregnant women observed in the perinatal center, maternity centers and clinics during 2019-2021. A 10% representative sample of 1,500 people was formed from the list of pregnant women in Andijan. Pregnant women selected for the epidemiological study will be examined using survey, biochemical, clinical, obstetrician-gynecological and instrumental research methods. **Results.** The frequency of prevalence of physical multimorbidity in the population of pregnant women living in the Fergana Valley of Uzbekistan was studied. An epidemiological study determined the prevalence of common risk factors for physical multimorbidity in pregnant

women. Regional epidemiological characteristics of common risk factors in population groups of pregnant women with different levels of the physical multimorbidity index were studied and determined.

Conclusion. The spread of NCDs is driven primarily by five major risk factors: tobacco use, harmful use of alcohol, physical inactivity, unhealthy diets and air pollution, as well as limited access to services for diagnosis, treatment of NCDs and care for those already suffering from these diseases. The NCD epidemic is fraught with risks devastating health consequences for individuals, families and communities and threatens to place overwhelming strain on health systems. The socioeconomic costs of NCDs are so great that preventing and controlling these diseases has become one of the most important development challenges of the 21st century.

CHANGES IN PERIPHERAL BLOOD IN EARLY CHILDREN WITH TORCH INFECTION.

Abdukodirova G. M., Khafizova Z.B.
Andijan State Medical Institute

Relevance. Viral infections in perinatology pose a serious danger to the fetus, are often the cause of the entire spectrum of antenatal pathology (stillbirth, organ malformations, intrauterine growth retardation), and can also cause various hematological changes. **Purpose of the study.** To identify possible features of changes in the hemogram of newborns and young children with seropositive markers of TORCH infection. **Material and research methods.** Thirty-five newborns and children in the first months of life were examined for TORCH infection. ELISA markers of the latter (toxoplasmosis, chlamydiasis, mycoplasmosis, herpes I-II, cytomegalovirus infection) were carried out using the Vector-Best test system: determination of membrane antibodies G, M, and A (MOMP) and early protein of these viruses. After the diagnosis was clarified, the children were divided into two groups: seropositive (n = 15) and seronegative (n = 20). The material was processed by the method of variation statistics. **Research results.** When analyzing the data obtained, it was revealed that mothers of seropositive children for TORCH infection during pregnancy suffered from the threat of termination of pregnancy (60.0% against the control, i.e., children with sero-negative markers of TORCH infection, 25%, $P < 0.01$), preeclampsia (77.8% versus 40.0%, $P < 0.01$), and anemia (93.3% versus 75.0%, $P < 0.05$). In 80% of mothers (versus 45%, $P < 0.01$) and children with seropositive markers of TORCH infection, a complicated course of labor was observed: premature rupture of amniotic fluid (46.6%), prolonged anhydrous period (20.0%), cesarean section (13.5%). Consequently, many mothers with the immunological marker of TORCH infection have a complicated course of pregnancy and childbirth.

In the analysis of blood in children with ELISA markers of TORCH infection, anemia with $HB \leq 120$ g/L (73.3% versus 60.0%, $P < 0.05$), thrombocytopenia $\leq 50,000 / \mu L$ (26.7% versus 15.0%, $P < 0.05$), neutropenia (40.0% versus 20.0%, $P < 0.05$), and lymphopenia (20.0% versus 10.0%, $P < 0.05$). Distinctive features of the peripheral blood of newborns and children in the first months of life with seropositive markers of TORCH infection were a decrease in the total number of leukocytes (5636.8 ± 659.2 versus 6397.9 ± 305.9 , P

<0.05), a decrease in the relative content of lymphocytes ($65.7 \pm 3.1\%$ versus $75.5 \pm 1.54\%$, $P < 0.01$), decrease in stab neutrophils (4.27 ± 0.18 versus $3.29 \pm 0.26\%$, $P < 0.05$), an increase in the leukocyte index of intoxication - LII (0.41 ± 0.08 versus 0.19 ± 0.01 , $P < 0.01$), granulocyte-agranulocyte index - GAI (0.49 ± 0.06 versus 0.28 ± 0.05 , $P < 0.05$), general intoxication index - OII (0.89 ± 0.04 versus 0.37 ± 0.05 , $P < 0.001$), an increase in the ratio of neutrophils and lymphocytes - ISNL (0.54 ± 0.04 versus 0.19 ± 0.09 , $P < 0.05$) and the ratio of neutrophils to monocytes - ISNM (7.49 ± 0.18 versus 0.29 ± 0.09 , $P < 0.05$).

Conclusion. In newborns and children in the first months of life, in the presence of seropositive markers of TORCH infection, certain hematological changes in peripheral blood are detected. This, apparently, is associated with the direct effect of intrauterine infection viruses on hematopoietic cells. Further scientific research is required to determine the specificity of hematological changes depending on the etiological structure of TORCH infections.

ROLE OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS IN REPRODUCTIVE PATHOLOGY: ASSESSMENT OF THE PERFORMANCE ON IN VITRO FERTILIZATION.

Abdullaeva O.G. 1, Nazhmutdinova D.K. 2

1 Tashkent Medical Academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan.

2 Tashkent Medical Academy, Tashkent, Republic of Uzbekistan.

Relevance. Research on the impact of pelvic inflammatory diseases (PID) on the success of in vitro fertilization (IVF) is manifested in many aspects. Firstly, PID remains one of the most common causes of infertility in women; they are diagnosed in a significant number of patients who asked help from reproductive medicine specialists.

Secondly, despite the improvement of diagnostic and treatment methods, PID continues to be a serious problem affecting the quality of life and reproductive health of women. Thirdly, the effectiveness of IVF, as one of the main methods of treating infertility, is influenced by many factors, including the condition of the pelvic organs. Understanding exactly how PID affects the success of IVF allows us to develop more effective treatment strategies and improve the chances of a successful pregnancy in patients with these diseases.

In this way, researching the relationship between PID and IVF results has direct practical significance for improving the results of infertility treatment, optimizing approaches to reproductive care and improving the quality of life of patients.

Infertility is considered the most painful problem in the reproductive health of the population in Uzbekistan, which is due to the low birth rate and the widespread spread of inflammatory pathologies of the pelvic organs. **Purpose of the research.** Evaluating the success of in vitro fertilization (IVF) in women with a history of pelvic inflammatory disease. **Materials and Methods:** The research included thirty pregravid women with pre-existing pelvic inflammatory disease (PID) before undergoing in vitro fertilization (IVF) procedures. Research methods include gynecological examination, ultrasound examination of the pelvic organs, hysteroscopy, general blood test, general urinalysis, and three-point smear examination. **Results:** The research showed that out of 30 women studied with a

previous history of pelvic inflammatory disease (PID), only 6 were able to successfully become pregnant after undergoing in vitro fertilization (IVF) procedures. The remaining 24 women with a history of PID who underwent IVF treatment did not become pregnant. Of these, 17 women had endometritis, and 7 had myometritis. Conclusion: The results of the research show that in women with a history of pelvic inflammatory diseases, the success rate of IVF was 20%. This highlights the need for further research and development of individualized approaches to treating and preparing such patients for pregnancy. Successful rehabilitation programs and pregravid preparation can play a key role in increasing the chances of successful implementation of reproductive technologies in this category of women.

THE EFFECTIVENESS OF CORRECTION OF COMBINED HEMATOPOIETIC MICRONUTRIENT DEFICIENCY IN CHILDREN

Aliyeva P.R., Masharipova R.T.

Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Republic of

Introduction: Doctors identify a whole group of diseases associated with an increased or decreased content of various trace elements in the habitat of organisms, primarily in water and the geological environment as a whole. Hypomicroelementoses, i.e. pathological conditions caused by a deficiency of essential trace elements, are quite often detected in children of puberty. The presence of such hypomicroelementoses, manifested by a combined deficiency of hematopoietic trace elements, for example, iron, zinc and copper, dictates the need for pathogenetic correction of such conditions in children.

The purpose of the study: To study the effectiveness of correction of combined deficiency of hematopoietic trace elements-iron, zinc and copper in puberty children.

Materials and methods of research: We observed 20 children of both sexes of puberty with diagnosed hypomicroelementosis due to a combined deficiency of iron, zinc and copper in the body, permanently residing in Urgench. The diagnosis of hypomicroelementosis was established on the basis of a decrease in the content of these trace elements in blood serum below the lower limit of the normative reference interval established by WHO for children of puberty.

Results and discussion: To correct combined hypomicroelementosis in the examined children, the polyelement preparation Teravit was used, containing 12 vitamins and 12 essential trace elements. At the initial level of the studied trace elements in the examined children with hypomicroelementosis - iron on average 7.36 ± 0.41 mmol/l, zinc – 7.04 ± 0.30 mmol/l and copper 5.11 ± 0.30 mmol/l for 14 days of use of this drug, the level of iron in the blood serum of the examined children increased to an average of 14.0 ± 0.32 mmol/l. The zinc level in the examined children increased to an average of 12.8 ± 0.40 mmol/l and the level of copper in the blood serum increased to an average of 11.9 ± 0.29 mmol/l. Consequently, the use of this polymicroelement preparation provides an increase in iron levels by 1.9 times during treatment, an increase in zinc levels by 1.8 times and an increase in copper in blood serum by 2.3 times during treatment, and in general, the correction of the studied trace element status in the examined children to the physiological norm.

Conclusions: In the correction of combined hypomicroelementoses caused by the insufficiency of essential trace elements-iron, zinc and copper, it is advisable to use complex polymicroelement preparations, for example, Teravit, which provide high bioavailability of these biometals due to the synergistic nature of the interaction of these trace elements.

HEARING LOSS PREVALENCE AS A COMPLICATION OF COVID-19

Apanasenko A.A, Kovalchuk S.V., Timchenko K.S.

**Principal Investigator: Smirnova V.I. Kharkiv national medical university Kharkiv,
Ukraine**

Introduction. Hearing loss is a common phenomenon among various population groups nowadays, and it has an undeniable negative impact on the quality of life. Changes in the perception of sounds can be caused by various factors: injuries, inflammation of the middle ear, and some infectious diseases. In particular, according to the recent studies, hearing impairment is quite often observed in people with post-covid syndrome. [1,3,4]

The surveys conducted among recovered people were confirmed such symptom during the period of COVID-19 disease. In recent studies the authors associate hearing loss symptom with neurological and immune causes, in particular, damage to the auditory nerve, the actual inner ear like the response to the pathogen penetration. There is no doubt that this condition was complicated by the stress factors and emotional disorders caused by financial or social reasons, chronic diseases. [1]

The rapid progression of the negative symptoms was caused by the reason that the huge number of patients seeking hearing loss treatment has decreased due to quarantine restrictions. Thus, that situation can increase the risk of complications. For example, the elderly people has a tendency to the development of tinnitus during the post-covid syndrome. [1,2]

Aim. The aim of our research is, firstly, to determine the prevalence of the hearing loss development in people recovered from COVID-19 among the different social groups. Secondly, to determine the significance of complication's risk factors. Thirdly, to calculate the COVID-19 statistical role as a cause of hearing loss in the population.

Materials and methods. We have analyzed the literature data on the medical platform PubMed according to the recommendations. We conducted a online Google survey based on the questionnaire developed by the authors. Then, we have done statistical processing of the results and formation of conclusions.**Discussion.** Scientists from Harvard Medical School were conducted a research on human inner ear tissue and they were able to establish certain mechanisms of hearing loss in patients with COVID-19. Based on these data, it was established that Schwann cells and vestibular hair cells were the main target of SARS-CoV-2 in the peripheral vestibular organs in the human body. [2]Another study conducted by scientists of Anglia's Ruskin University confirms the assumption about the impact of SARS-CoV-2 on hearing impairment. Among the 3,103 interviewed patients with COVID-19, 40% of them reported tinnitus and 54% did not notice any changes, 32% noted that they felt stress, insomnia caused by social and economic factors due to the pandemic. In most cases, this factors increased the hearing loss in adults under the age of 30 years. [1]**Results.**



There were 70 people of different age, gender, level of education and type of activity who took part in the survey. In gender terms, among interviewing there were 32.9% of men and 32.9% of women. Most of the respondents (78.6%) were between 18 and 25 years of age. 11.4% were between 41-50 years of age, 4.3% - 26-30, 2.9% - 36-40, 1.4 % - 51-60, 1.4% - over 61. People from 31 to 35 did not participate in the survey. When asked what level of education you have - 45.7% answered that they have a complete general secondary education, 31.4% - have the first (bachelor's) level of higher education, 12.9% - have professional (vocational-technical) education, 7.1% - have the second (master's) level of higher education, 2.9% - have the third (educational-scientific/ educational-creative) level of higher education. 81.4% of the respondents said they had COVID-19. The opposite answer was given by 7.1% of the respondents, and 11.4% indicated that they weren't diagnosed for the virus or antibodies until today. 54.5% of those tested positive for COVID-19 received treatment during the disease. In particular, 45.2% received outpatient treatment, and 12.9% were treated in a hospital. Accordingly, 41.9% of respondents with COVID-19 didn't receive treatment.

Also, in the survey, we were going to establish the stress level during the disease to assess the impact of this factor on the course of the disease. At the request of interviewed on a five-point scale (1 - very low level of stress, 5 - very high level of stress) describe their condition during the illness, 18.8% of respondents noted «1» point, point "2" - 32.8%, point "3" - 20.3%, point "4" - 17.2%, point "5" - 10.9%. The majority of respondents (59.7%) consider the threats to the health of their relatives as the greatest stress factor during illness, 41.9% as social isolation, 40.3% as a fear for their own health, 19.4% as a transition to new way of life, uncertainty of the future, 16.1% - constant reports of high mortality, 14.5% - economic problems.

77.8% had no chronic diseases before contracting Covid-19, 22.2% had minor chronic diseases. The list of chronic diseases includes chronic bronchitis, bronchial asthma and additional diseases, sinusitis, atherosclerosis, tachycardia, gastritis, chronic gastroduodenitis, chronic kidney disease, autoimmune thyroiditis, hypothyroidism, diabetes mellitus.

85.7% of respondents did not suffer from diseases that were accompanied by hearing loss. 14.3% gave a positive response to the above-mentioned confirmation. Otitis and sinusitis were identified among these diseases.

Among all respondents, 50% said that they had no symptoms associated with hearing loss during COVID-19 or after recovery. While the other half of the respondents noted at least one of the listed manifestations: blocked ears, ringing or noise in the ears, reduced sharpness or sudden temporary loss of hearing, tingling in the ears. Some of them felt that their ears were blocked and 27 people, or 38.6 per cent of the total, had noticed their presence. Tingling was noted at 14.3%, sudden temporary hearing loss at 4.3%, and 22.9% of respondents recorded ringing in the ears (tinnitus) and decreased hearing acuity during a disease that disappeared after recovery.

Among those who noticed a hearing change, 42% saw a doctor when they noticed the first symptoms of injury, and 57% noted that they had not consulted an ENT specialists. Most of these attempts used the following treatment methods: 74.2% - drug and 12.9% - physiotherapeutic.

When asked: "If you have treated hearing impairment after COVID-19, what is the effect?" - 16% answered that the symptoms disappeared, 12% noted that some symptoms are still on the market, 2% - that hearing is not fully restored, 70% were not treated.

Conclusions. SARS-CoV-2, which causes COVID-19, has a significant impact on the auditory system and the appearance of disturbances in its work, as confirmed by numerous scientific studies [1,4]. The appearance of noise and a tingling sensation in the ears decreased hearing acuity are the symptoms of the lesions that are most commonly reported in patients during the disease and the post-covid period. [5] Factors unrelated to the effect of the virus on the human body negatively affect the course of the disease and the occurrence of complications. In particular, stress, isolation, eating disorders, age and associated chronic diseases are factors that can increase the risk of complications in the hearing system.

Our research confirms the following:

- high prevalence of hearing loss symptom in patients with COVID-19, the presence of which was noted by half of the respondents;
- most patients did not consult a doctor;
- it is worth informing patients of the risk of hearing loss after illness and encouraging them to seek qualified medical care in the event of this complication, as the course of auditory disorders without treatment may in some cases become more complicated.

DEPENDENCE OF LEPTIN LEVELS ON THE DEGREE AND TYPE OF OBESITY IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

D.B. Asrankulova, Kh.B. Sattaraliev

Andijan State Medical Institute Fergana Institute of Public Health

One of the clinical diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome (PCOS) is obesity. Obesity occurs in 35-60% of patients with PCOS, and they are more likely than thin patients to suffer from anovulation and hirsutism. Research in recent years has proven that adipose tissue has auto-, para- and endocrine functions, secreting a large number of substances with various biological effects. A special place in the pathogenesis of metabolic disorders is occupied by leptin, a hormone that is secreted by the cells of visceral adipose tissue, and the main target organ of leptin is the central nervous system. Leptin reduces appetite, stimulates the use of lipids in energy metabolism and reduces fat reserves in fat depots. The total amount of leptin is directly proportional to the mass of adipose tissue, physiologically higher in women than in men. Studies of leptin in patients with PCOS are few and are of clinical interest, since obesity often accompanies PCOS.

Material and research methods. 60 patients with polycystic ovary syndrome were studied. Leptin indicators were analyzed depending on the type of obesity, the nature of the menstrual cycle, and impaired glucose tolerance. The average leptin content in the blood serum of the control group was 12.7 ± 1.07 ng/ml, which is consistent with the data of other researchers.

Research results. The leptin level in 40 patients with male obesity ranged from 24.09 to 161.72 ng/ml and averaged 60.73 ± 12.28 ng/ml. In 20 patients with female obesity, the concentration of this hormone in the blood serum was higher in the range of 12.27 - 92.16 ng/ml, on average 37.9 ± 11.37 ng/ml

Leptin levels, according to our data, depend on body weight and the nature of the distribution of adipose tissue.

The concentration of leptin in the blood serum of patients with impaired glucose tolerance with normal and overweight varied and averaged, respectively, 16.43 ± 6.06 and 57.79 ± 15.38 for male obesity, 55.38 ± 13.74 for female obesity.

Conclusion. The leptin content in the blood serum of patients with PCOS depends on body weight, and the concentration of leptin in patients with PCOS with excess body weight (body mass index >25) is higher in the male type of obesity. In addition, the level of leptin in patients with PCOS depends on the clinical, morphological, endocrine and metabolic characteristics of the disease.

FEATURES OF LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME.

D.B. Asrankulova, Kh.B. Sattaraliev

Andijan State Medical Institute Fergana Medical Institute of Public Health

Relevance. Polycystic ovary syndrome (PCOS) occupies a leading place in the structure of female infertility and remains one of the most pressing problems in gynecological endocrinology. The incidence of PCOS among gynecological diseases reaches 11% in the general population and is accompanied by infertility in 94% of patients. Its pathogenesis has not been fully studied, and therefore pathogenetically based therapy has not been optimized, leading to a stable restoration of the reproductive health of patients with PCOS and a reduction in disease relapses.

The purpose of the work is to increase the effectiveness of treatment of polycystic ovary syndrome based on the study of lipid status.

Material and research methods. The study included 60 patients with PCOS. All of them underwent a study of lipid metabolism. A study of the blood lipid spectrum revealed a change in the direction of increasing atherogenic factors in patients with PCOS and overweight. A study of lipid metabolism revealed a significant increase in the levels of cholesterol, triglycerides, LDL and low concentrations of HDL in the blood in overweight patients with PCOS. In the group of patients, PCOS was 2.8 times higher than normal.

Results. The results of the study revealed a significant increase in the levels of cholesterol, triglycerides, LDL and low concentrations of HDL in the blood in patients with impaired glucose tolerance, while the values were slightly higher in patients with excess body weight. Compared to the control group, AI was 3.3 times higher in the first group of patients with impaired glucose tolerance and 4.1 times higher in the second group of patients also with impaired glucose tolerance. In patients with normal body weight, the average leptin content in the blood serum was 17.53 ± 2.02 ng/ml; in patients with excess body weight, the hormone level was higher - 59.31 ± 5.17 ng/ml. Conclusion. Based on the obtained data on the levels of total cholesterol, low-density lipoprotein cholesterol, high-density lipoprotein cholesterol, triglycerides, glucose tolerance, levels of follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, testosterone, cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate, leptin, the inclusion of an inhibitor in the complex treatment of patients with polycystic ovary

syndrome is justified gastrointestinal lipases - Xenical and for patients with impaired glucose tolerance - a drug from the group of sensitizers - Siofor.

LONG-TERM RESULTS OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Asrankulova Diloram Baxtiyarovna¹ Nadjmitdinova Dilbarxon Abdullajon kizi
2¹ Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department 1-Obstetrics
and Gynecology of the Andijan State Medical Institute 22-course basic doctoral
student of the Department 1-Obstetrics and gynecology of the Andijan State Medical
Institute
Andijan state medical institute Andijan, Uzbekistan

Relevance of topic. Endometriosis is a chronic inflammatory disease defined as the presence of endometrium-like tissue outside the uterus. Establishment and growth of such endometriotic tissue is estrogen-dependent, thus it is mostly found in women of reproductive age although the clinical consequences of endometriosis and its management can last well into postmenopause. Thus, it is estimated that currently at least 190 million women and adolescent girls worldwide are affected by the disease during reproductive age although some women may suffer beyond menopause. Whilst not all women with endometriosis are symptomatic, endometriosis-associated pain and infertility are the clinical hallmarks of the disease affecting not only women with endometriosis, but also their partners and families. An impact of endometriosis, and particularly pain symptoms, has been shown on quality of life, but also on a range of activities and life domains including physical functioning, everyday activities and social life, education and work, sex, intimacy and intimate partnerships, and mental health and emotional wellbeing. The same review also reported an impact of infertility and concerns about possible infertility on the patient and the relationship with their partner. Finally, endometriosis has a bearing on society in general e.g. through direct and indirect healthcare costs which are comparable to other common diseases such as type 2 diabetes, rheumatoid arthritis, and Crohn's disease. Material and research methods. We examined 120 women. All examined were divided into two groups. The first group consisted of patients with primary infertility (n=83), patients with primary infertility, the second - with secondary infertility (n=37). Exclusion criteria from the study were: age over 35 years, the presence of infertility in a partner, absolute tubal infertility, uterine forms of infertility, other forms of endocrine infertility, except for polycystic ovary syndrome. Further, in 90 patients, the possibility of using biochemical markers for the diagnosis of external genital endometriosis (EGE) was determined. To determine the diagnostic value of these markers, the patients were divided into two groups: 64 patients were included in the EGE group and 26 patients constituted the control group. The control group included healthy women of identical age. The following methods were used: general clinical, immunological, hormonal, instrumental research methods. Results. The study included 200 patients with a verified diagnosis of EGE and a spontaneous singleton pregnancy. The patients were divided into two groups. The first included 110 pregnant women - 234 with previous endometriosis-associated infertility, who underwent laparoscopy to restore fertility. The second group included 90 patients who had

endometriotic ovarian cysts during pregnancy or during caesarean section. The average age of patients included in group 1 ($n=110$) was 31.1 ± 0.5 years. The duration of infertility at the time of laparoscopy was from 1 to 8 years (average 3.1 ± 0.3 years). The frequency of primary infertility was 72.7% (80 patients), secondary - 27.3% (30 patients). Among patients with secondary infertility, 19 had a history of modern childbirth, 16 had an induced abortion. Intraoperatively, stage I-II EGE was detected in 87 cases, stage III-IV – in 23 cases (according to the classification of the American Fertility Society). During operative laparoscopy, endometriosis foci were coagulated in 101 patients, infiltrative foci were excised in 35 patients, including retrocervical endometriosis - in 8, endometrioid cysts were excised in 46 cases (39 - unilateral, 7 - bilateral). In all patients, pregnancy occurred no later than 18 months after the surgical treatment; at the time of pregnancy, there were no clinical data for the recurrence of endometriosis. In 56 out of 110 patients (50.9%), pregravid preparation was carried out in the postoperative period according to the above scheme. Group No. 2 was formed from patients with endometrioid cysts ($n=90$) detected during pregnancy/delivery, the average age of pregnant women was 31.6 ± 4.4 years. When analyzing the obstetric anamnesis of the examined women, it was revealed that the real births were the first in 70 (77.8%) patients, at least one abortion in the anamnesis was performed in 12 (13.3%) patients. An analysis of the outcomes of previous pregnancies showed that recurrent miscarriage occurred in 8 (8.9%) patients, and at least one pregnancy loss occurred in 14 (15.6%) patients. In 72 (80%) patients, endometriotic cysts were detected only during pregnancy, and in 28 (31.1%), ovarian formations were detected only during operative delivery and were an “accidental finding”. The main method for diagnosing endometrioid cysts during pregnancy was ultrasound with color Doppler mapping. Conclusions. An important link in the pathogenesis of common forms of external genital endometriosis (III-IV stages) is the activation of the local antioxidant function: the antioxidant profile of the peritoneal fluid is 1.5 times higher than those in external genital endometriosis of stages I-II. The state of the systemic antioxidant profile (blood plasma) does not depend on the stage of endometriosis. In the genesis of infertility caused by external genital endometriosis, both the activation of antioxidant protection and the depletion of its reserves in the peritoneal fluid and blood plasma play an important role, that is, the onset of pregnancy with external genital endometriosis is prevented by a lack of antioxidants (in 30% of patients in plasma blood and in 44% in the peritoneal fluid), and their excess (in 48% of patients in the blood plasma and in 35% in the peritoneal fluid). The content of the endometrioid cyst is a strong pro-oxidant - a source of reactive oxygen species, initiating a free radical imbalance in the cyst wall, the degree of which is directly dependent on its size, as well as in the adjacent ovarian tissue. To eliminate the redox imbalance in the wall of the endometrioid cyst, the antioxidant defense is activated, the depletion of the reserves of which leads to a decrease in the ovarian reserve. The frequency of oxidative stress in the follicular fluid does not depend on the genesis of infertility and is 50% with external genital endometriosis, 72% in tubal-peritoneal infertility and 45% in late reproductive age of patients undergoing treatment in the in vitro fertilization program. The most effective in the in vitro fertilization program in patients with infertility is the use of superovulation stimulation schemes with gonadotropin-releasing hormone antagonists, in which the frequency of oxidative stress in the follicular fluid is reduced to 16% (against 38% when using 255 gonadotropin-releasing hormone agonists). The drug of choice for

anesthesia of transvaginal oocyte puncture is sevoflurane, which reduces the frequency of oxidative stress by up to 17% (versus 55% with propofol). The effectiveness of in vitro fertilization in endometriosis-associated infertility is 40%. The efficiency of restoring natural fertility in infertility caused by external genital endometriosis, regardless of its form, after surgical removal of endometrioid heterotopias is 31% and increases to 54% after complex pregravid preparation. Surgical elimination of endometriosis foci - sources of local oxidative and antioxidant stress - leads to the restoration of free-radical balance and promotes pregnancy in 68% of patients with an initial lack of antioxidant protection and in 62% with a high level of antioxidant protection.

COVID-19 IN MEDICAL WORKERS: EXAMINATION ISSUES IN THE CONNECTION OF THE DISEASE WITH THE PROFESSION

PhD Babajanova Shoir O'tkirovna

**Termez Branch of Tashkent medical academy Dotsent Eshqobilov Ozodbek
Abdisodiqovich Termez Branch of Tashkent medical academy Ruziboyeva Mokhinur
Termez Branch of Tashkent medical academy**

Abstract: The article is devoted to the examination of the relationship of the disease with the profession when infected with the new coronavirus infection COVID-19 in medical workers. The main regulatory framework that currently exists on the examination of the connection of the disease with professions, used in the examination of COVID-19 among medical workers, as well as the practice of examination according to the regional center of occupational pathology, is considered.

Key words: infectious diseases, new coronavirus infection COVID-19, medical workers, examination of the relationship of the disease with the profession, regulatory framework.

The new coronavirus infection (2019-nCoV) is included in the list of diseases that pose a danger to others. According to the government decree, the list of diseases that pose a danger to others has been supplemented with the item “Coronavirus infection (2019-nCoV)” [1]. The role of COVID-19 as an infection associated with the provision of medical care has been established. Currently, according to the letter from the head “... due to the presence of cases of infection of medical workers with coronavirus infection while performing their official duties, the State Labor and Employment Service reports the following: damage to the health of workers as a result of exposure to harmful or dangerous factors present in the workplace can be regarded as industrial injury or occupational disease, depending on the damaging factor. To biologically harmful factors in accordance with the “Occupational Health Guidelines for the hygienic assessment of factors in the working environment and the labor process. Criteria and classification of working conditions” include producing microorganisms, living cells and spores contained in bacterial preparations, pathogenic microorganisms (bacteria, viruses, rickettsia, fungi that cause infectious diseases). According to the article “On compulsory social insurance against industrial accidents and occupational diseases”, an occupational disease is a chronic or acute disease of the insured, resulting from exposure to a harmful production factor(s) and resulting in a temporary or permanent loss of professional disability and (or) his death. At the same time, workers are



exposed to a harmful production factor - pathogens of infectious and parasitic diseases with which workers are in contact during work...”

Medical workers providing medical care to those infected with the new coronavirus infection COVID-19 are a risk group for infection with COVID-19 and the current List of Occupational Diseases approved by the Order “On Approval of the List of Occupational Diseases” implies the possibility of the disease being associated with the profession of any infectious and parasitic disease, associated with exposure to infectious agents whose pathogens workers are in contact with during work.

According to the Order of the Ministry of Health “On approval of the Procedure for conducting an examination of the connection of a disease with a profession and the form of a medical report on the presence or absence of an occupational disease,” an examination of the connection of a disease with a profession is carried out as part of the investigation and recording of acute and chronic occupational diseases (poisonings), carried out in the manner prescribed. The regulation on the investigation and recording of occupational diseases, an approved resolution, can be carried out (in relation to the situation under consideration) in relation to medical workers performing work under an employment agreement (contract); citizens performing work under a civil contract; students of educational organizations of higher education, professional educational organizations, students of general education organizations working under an employment contract during internship in medical organizations [1–10].

When conducting an examination of the connection between a disease and a profession and making a decision, the medical commission is guided by documents. When a preliminary diagnosis of “acute occupational disease (poisoning)” is established, the healthcare institution is obliged to send an emergency notification of the occupational disease to the employee supervising the facility where the occupational disease occurred within 1 day, and a message to the employer in the form. The medical organization that has established a preliminary diagnosis of an acute occupational disease (poisoning) - to conduct an examination of the connection between an acute occupational disease (poisoning) and the profession on the day the referral is issued to the citizen, submits the following documents to the center of occupational pathology: a) an extract from the medical documentation containing clinical data on the citizen’s health status; b) sanitary and hygienic characteristics of the employee’s working conditions. A health care institution (occupational pathology center), which has a license to conduct an examination of the connection of a disease with an occupation, based on clinical data of the employee’s health status and sanitary and hygienic characteristics of his working conditions, establishes a final diagnosis - an acute occupational disease (poisoning) and draws up a medical report. A medical report on the presence of an occupational disease is issued to the employee (his legal representative) against signature, sent to the insurer, and the health care institution that referred the patient. Consideration of particularly complex cases of occupational diseases is assigned to the Center for Occupational Pathology. The main document establishing the possibility of contracting an infectious or parasitic disease while performing professional duties is the Epidemiological Survey Card. The epidemiological survey card is an appendix to the report on the case of occupational disease and is stored with it. Based on the above, to conduct an examination of the connection between the disease of the new coronavirus infection (COVID-19) among medical workers and their profession (subparagraphs “a” and



“c” of the Decree), the following package of documents is required: a) a referral from a medical organization that has established a preliminary diagnosis of an acute occupational disease - a new coronavirus infection (COVID-19); b) an extract from the medical documentation containing clinical data on the citizen's health status (including post-mortem epicrisis, post-mortem autopsy report, death certificate in case of death); c) sanitary and hygienic characteristics of the employee's working conditions; d) epidemiological survey map; e) a copy of the work record book, certified by the personnel department at the place of work, an extract from the order on the transfer of the employee to the infectious diseases department to provide medical care to patients with a new coronavirus infection; f) job description of a medical worker. If a complete package of documents is available, a doctor is appointed responsible for this case of examination, who analyzes the epidemiological examination card, the sanitary and hygienic characteristics of the employee's working conditions, extracts from medical records containing clinical data on the citizen's health status (including a post-mortem epicrisis, a post-mortem report autopsy, death certificate), then submits the case for consideration to a medical commission, which determines the cause-and-effect relationship between the disease (including the fatal outcome of the disease) and the profession within up to 3 days. Based on the results of the meeting of the medical commission, a medical report is drawn up on the presence or absence of an occupational disease. When an acute occupational disease “new coronavirus infection” is diagnosed in a medical worker (including posthumously), an Emergency Notice of Acute Occupational Disease and a Medical Report are issued, which is sent to the social insurance fund, the employer, as well as to the health care institution that sent the employee. Reference:

1. Rossinskaya E. R. Current state and prospects for digitalization of forensic activities // Theory and practice of forensic examination in modern conditions: Materials of the VII International. scientific-practical conf. (Moscow, January 17-18, 2019). – M.: RG-Press, 2019. – P. 409–418. (*)
2. Rossinskaya E. R. Modern forensic activity and directions for its improvement // Law. – 2019. – No. 10. – P. 31–42.
3. Rossinskaya E. R. Special knowledge and modern problems of their use in legal proceedings. – M.: Norma, 2019. – 680 p.
4. Rossinskaya E. R. Expert prevention in the context of digitalization of forensic activity // Bulletin of Economic Security. – 2020. – No. 2. – P. 208–212. (*)
5. Rossinskaya E. R., Galyashina E. I. Forensic examination. Collection of normative legal acts: textbook. allowance. 2nd ed., revised. and additional – M.: Prospekt, 2019. – 336 p.
6. Forensic examination. Typical mistakes / Ed. E.R. Rossinskaya. – M.: Prospekt, 2019. – 544 p.
7. Rossinskaya E. R., Galyashina E. I., Zinin A. M. Theory of forensic examination (forensic expertology): textbook. allowance / Under. ed. E.R. Rossinskaya., 2nd ed., revised. and additional – M.: Norma, 2020. – 368 p.
8. Rossinskaya E. R., Galyashina E. I., Zinin A. M., Podvolotsky I. N., Sokolova T. P., Chubina E. A., Podkatilina M. L., Pfeiffer E. G., Savitsky A. A., Sarygina E. S., Golikova V. V., Shamaev G. P., Semikalenova A. I., Bodrov N. F., Starovoitov V. I. Forensic expert

activity: legal, theoretical and organizational support: textbook. allowance. – M.: Publishing House Infra-M, 2019. – 400 p.

9. Rossinskaya E. R., Zinin A. M. Expertise in legal proceedings: textbook. allowance. – M.: Prospekt, 2020. – 336 p.

10. Savelyeva N.V. Evaluation of the expert's opinion: monograph. – Krasnodar: KubGAU, 2018. – 193 p.

THE EFFECTIVENESS OF THE ANTIANEMIC DRUG "TOTEM" IN THE TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN

Bobomuratov T.A.1 Yusupova U.U. 2 1

**Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan 2 Urgench branch of Tashkent
Medical Academy, Republic of**

Introduction. Currently, pharmaceutical companies produce a wide range of various antianemic iron-containing drugs with different efficacy and tolerability, both for oral and parenteral administration. One of these drugs is the drug "Totema" (manufacturer-Innotera laboratory, France), presented on the pharmaceutical market by Innotech International, France. The drug has a liquid consistency, in the form of syrup in a package of 20 ampoules of 10 ml. 1 ampoule contains iron gluconate equal to 50 mg of elemental iron, manganese gluconate in an amount equal to 1.33 mg of elemental manganese, copper gluconate in an amount equal to 0.70 mg of elemental copper.

The purpose of the study: research-to study the effectiveness of the use of the drug "Totema" in the treatment of iron deficiency anemia in children.

Materials and methods of research. The effectiveness of the drug "Totem" was studied in 100 children with an established diagnosis of iron deficiency anemia. Children under 1 year old, under 5 years old and over 5 years old were examined. In children under 1 year of age, the drug was used at a dose of 5-10 mg / kg of body weight per day, in children under 5 years of age – 1 ampoule per day and in children over 5 years of age 2 ampoules per day. The daily dose was diluted in a small amount of boiled water and divided into three doses. Among the examined children, 46 had anemia of alimentary origin of the 2nd and 3rd degrees of severity, 7 children had anemia of prematurity, 26 children had posthemorrhagic anemia due to hemorrhagic diathesis and 16 children had deep anemia (Hb-30-40 g/l).

Results and discussion: During the course of treatment, a general blood test was performed, the level of total blood hemoglobin was analyzed every 10 days of treatment, and at the end of treatment, serum iron levels were analyzed after 5 days. In children with iron deficiency anemia of alimentary origin of the 2nd and 3rd degrees of severity, the daily increase in hemoglobin was 2.0-2.6 g/l. In premature infants aged 4-10 months, the daily increase in hemoglobin averaged 2.3 g/l. In the first week of treatment, children with deep anemia (at a hemoglobin level of 30-40 g / l) received a single transfusion of erythrocyte mass against the background of the use of the drug "Totema", while the daily increase in hemoglobin was 3.2-3.5 g / l. In children with posthemorrhagic anemia on the background of the use of the drug "Totema" was 2.0-2.5 g / l. The serum iron level analyzed by the bathophenanthroline method increased by an average of 3.0-4.0 mmol/l after treatment, reaching normal values of this indicator for a particular age group of children. It should be

noted that against the background of the use of the antianemic drug Totema, only one child had the drug canceled against the background of the appearance of loose stools. Also, one child had allergic skin rashes. All other children tolerated the drug well, they had no side effects. Conclusions: The study showed that the antianemic drug "Totema" is an effective tool in clinical hematology practice for the correction of iron deficiency anemia in children.

FEATURES OF LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME.

D.B. Asrankulova, Kh.B. Sattaralieva

Andijan State Medical Institute Fergana Medical Institute of Public Health

Relevance. Polycystic ovary syndrome (PCOS) occupies a leading place in the structure of female infertility and remains one of the most pressing problems in gynecological endocrinology. The incidence of PCOS among gynecological diseases reaches 11% in the general population and is accompanied by infertility in 94% of patients. Its pathogenesis has not been fully studied, and therefore pathogenetically based therapy has not been optimized, leading to a stable restoration of the reproductive health of patients with PCOS and a reduction in disease relapses. The purpose of the work is to increase the effectiveness of treatment of polycystic ovary syndrome based on the study of lipid status. Material and research methods. The study included 60 patients with PCOS. All of them underwent a study of lipid metabolism. A study of the blood lipid spectrum revealed a change in the direction of increasing atherogenic factors in patients with PCOS and overweight. A study of lipid metabolism revealed a significant increase in the levels of cholesterol, triglycerides, LDL and low concentrations of HDL in the blood in overweight patients with PCOS. In the group of patients, PCOS was 2.8 times higher than normal. Results. The results of the study revealed a significant increase in the levels of cholesterol, triglycerides, LDL and low concentrations of HDL in the blood in patients with impaired glucose tolerance, while the values were slightly higher in patients with excess body weight. Compared to the control group, AI was 3.3 times higher in the first group of patients with impaired glucose tolerance and 4.1 times higher in the second group of patients also with impaired glucose tolerance. In patients with normal body weight, the average leptin content in the blood serum was 17.53 ± 2.02 ng/ml; in patients with excess body weight, the hormone level was higher - 59.31 ± 5.17 ng/ml. Conclusion. Based on the obtained data on the levels of total cholesterol, low-density lipoprotein cholesterol, high-density lipoprotein cholesterol, triglycerides, glucose tolerance, levels of follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, testosterone, cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate, leptin, the inclusion of an inhibitor in the complex treatment of patients with polycystic ovary syndrome is justified gastrointestinal lipases - Xenical and for patients with impaired glucose tolerance - a drug from the group of sensitizers - Siofor.

**DEPENDENCE OF LEPTIN LEVELS ON THE DEGREE AND TYPE OF OBESITY
IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME**

D.B. Asrankulova, Kh.B. Sattaraliev
Andijan State Medical Institute Fergana Institute of Public Health

One of the clinical diagnostic criteria for polystotic ovary syndrome (PCOS) is obesity. Obesity occurs in 35-60% of patients with PCOS, and they are more likely than thin patients to suffer from anovulation and hirsutism. Research in recent years has proven that adipose tissue has auto-, para- and endocrine functions, secreting a large number of substances with various biological effects. A special place in the pathogenesis of metabolic disorders is occupied by leptin, a hormone that is secreted by the cells of visceral adipose tissue, and the main target organ of leptin is the central nervous system. Leptin reduces appetite, stimulates the use of lipids in energy metabolism and reduces fat reserves in fat depots. The total amount of leptin is directly proportional to the mass of adipose tissue, physiologically higher in women than in men. Studies of leptin in patients with PCOS are few and are of clinical interest, since obesity often accompanies PCOS. Material and research methods. 60 patients with polycystic ovary syndrome were studied. Leptin indicators were analyzed depending on the type of obesity, the nature of the menstrual cycle, and impaired glucose tolerance. The average leptin content in the blood serum of the control group was 12.7 ± 1.07 ng/ml, which is consistent with the data of other researchers. Research results. The leptin level in 40 patients with male obesity ranged from 24.09 to 161.72 ng/ml and averaged 60.73 ± 12.28 ng/ml. In 20 patients with female obesity, the concentration of this hormone in the blood serum was higher in the range of 12.27 - 92.16 ng/ml, on average 37.9 ± 11.37 ng/ml. Leptin levels, according to our data, depend on body weight and the nature of the distribution of adipose tissue. The concentration of leptin in the blood serum of patients with impaired glucose tolerance with normal and overweight varied and averaged, respectively, 16.43 ± 6.06 and 57.79 ± 15.38 for male obesity, 55.38 ± 13.74 for female obesity. Conclusion. The leptin content in the blood serum of patients with PCOS depends on body weight, and the concentration of leptin in patients with PCOS with excess body weight (body mass index >25) is higher in the male type of obesity. In addition, the level of leptin in patients with PCOS depends on the clinical, morphological, endocrine and metabolic characteristics of the disease.

**TO STUDY THE CAUSES OF DEVELOPMENT OF CONGENITAL NON-
RHEUMATIC CARDITIS, TO CONSIDER ISSUES OF PREVENTION.**

Zokirova A.M. Samatova G.R.
TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE. TASHKENT 2024

Purpose: To study the etiology and pathogenesis of non-rheumatic carditis in children, and thereby consider the issues of diagnosing the patient in the early stages of the disease.

Method and results: Non-rheumatic carditis is an inflammatory disease of the heart that is not related to rheumatism. Infectious and non-infectious factors are involved in the

etiology of the disease. In particular, viruses, bacteria, fungi, especially toxoplasmosis are important infectious factors. Non-infectious factors include physical, chemical, biological and allergoimmunolytic factors. Like other diseases, N.K. In its etiology, genetic predisposition takes the leading place. In the pathogenesis of the disease, a number of immunopathological processes develop in the body. Developed immunopathological reactions often have a damaging effect on one shell of the heart, on the myocardium. Due to immune factors, the contractile apparatus of the heart, vessel wall or connective tissue can also be damaged. Congenital non-rheumatic carditis is classified as early (at 4-7 months of fetal development) or late (after 8 months of fetal development) depending on when the fetus is infected. In particular, the early developer N.K. a child is born with less than normal weight, the skin is pale, the child has signs of cyanosis and restlessness during feeding. During the examination, the relative borders of the heart are shifted to the left, muffled heart sounds and non-constant systolic murmur are noted. In late-developing congenital NK, a child is born with a normal weight at birth, and in the following months of development, the child's weight gain decreases, the child has weakness and rapid fatigue, the heart borders are shifted to the left during the examination, arrhythmia is sometimes detected in the blockade, heart murmur is formed. Physical functional examinations are carried out because laboratory data provide little information in the diagnosis of the disease. In the blood analysis, the amount of IgM sometimes increases in the early stages, and the amount of IgG in later developed N.C. increases. Research results In order to make a diagnosis of congenital NC in the early stages, it is very important to collect the correct anamnesis from the mother. Also, it is important to find out if there is a predisposition to this disease in the family tree. According to the causative factor, antibacterial, antifungal, and antiviral therapies are used in the treatment of the disease. Anti-inflammatory drugs, and in necessary cases, glucocorticoids are used. For the prevention of congenital NK during pregnancy, it is recommended to protect the mother and thereby the fetus from various infectious and complicating non-infectious factors, and in cases of hereditary predisposition, to stay under in-patient supervision. Conclusion: By diagnosing the disease in the early stages and taking preventive measures, it is possible to reduce the risk of the child being affected by this disease.

CONTROL OF CHANGES IN CYTOKINE BALANCE IN PURULENT-NECROTIC LESIONS OF DIABETIC FOOT SYNDROME

Zokhirov Adkhamjon Rafiqovich

Assistant of General Surgery No.2, Tashkent Medical Academy

The purpose of the work. Under clinical conditions, to determine the most effective ways of treating purulent-necrotic complications of the lower extremities in diabetes mellitus, taking into account pathogenetic features. Determination of the effectiveness of ozone therapy and its pathomorphological properties with new pharmacological drugs for the treatment of purulent necrotic process of the foot. By studying the dynamics of anti-inflammatory cytokine levels: analysis of the need and possibility of immunoprotection by studying cytokine status in IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α , INF- γ patients on the development and recurrence of purulent-necrotic processes of DFS. Materials and



methods. The concentration of cytokines in the blood plasma was determined using the StatFax 2100 immunological complex (manufactured by Cytokine LLC, St. Petersburg) by enzyme immunoassay (IFA). The obtained results are carried out using descriptive and non-parametric statistical methods on a personal computer with mathematical processing using Statistica 6.0 software (Table 1). Control parameters of the manufacturer's cytokine norms were used - the normative parameters obtained as a result of testing the donors were obtained from the manufacturer Cytokine LLC, St. Petersburg, Russian Federation. Plasma collection and cytokine level testing were performed on day 1 before surgery and on days 3, 5, 7, and 10 after surgery. The study was conducted in three phases and, accordingly, the patients were divided into 3 research groups: Group I (control group) - blood serum of patients with purulent-necrotic lesions of diabetes for the study of the cytokine system; II group (comparison group) - blood serum obtained during the treatment of patients with purulent-necrotic lesions of diabetes with ozone therapy and "Reosorbilact" - 200.0 ml (YURIYA-FARM LLC, Ukraine); Group III (main group) - blood sera obtained during the treatment of patients with purulent-necrotic lesions of diabetes with ozone therapy and Reomannisol - 200.0 ml (REKA-MED FARM LLC, Uzbekistan). Results of the clinical stage to determine the imbalance of cytokines, consists of taking the blood plasma of 60 patients with purulent-necrotic lesions of diabetes and determining the amount of cytokines in it. 60 patients were treated at various levels in the Purulent surgical department of the Yakkasaroy District Medical Association between 2021 and 2023. The age range of the patients was between 48-60 years. Neuropathic form of DFS - 25 people (type 1 DM - 2 patients, type 2 DM - 23): 12 were men and 13 women, and neuroischemic form of DFS - 35 patients (all with type 2 DM): 15 men and consisted of 20 women. The characteristics of operations performed in this group of patients are presented. Most often, amputations were performed at the thigh level - 33.3%, heel area - 20%, finger level - 18.3%, necrotomy - 6.7%, and sequestrectomy - 11.7%. Upper amputations were also performed as the main option, as a result of the failure of the approach to save vital organs: at the thigh level - in 33.3% of cases, and at the heel level - in 20%. The dynamics of the level of cytokines in the first group are presented. In the analysis of the indicators of the level of cytokines, the picture of growth was revealed: inflammatory cytokines: IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, TNF- α , and anti-inflammatory cytokines: IL-4, IL-10, IFN- γ . Taking into account the information obtained about the state of the cytokine system in patients with purulent-necrotic processes of DFS, it was decided to study the antioxidant effect of ozone therapy and the drug Rheomannitol. The research group consists of 40 patients. With the neuropathic form of DFS - 16 people: 4 men and 12 women, and the neuroischemic form of DFS - 24 patients: 8 men and 16 women, aged 50 to 75 years. In the anamnesis, there were multiple recurrences of purulent-necrotic complications (from 2 to 4 times). The duration of diabetes is from 5 to 20 years. The goal of surgery and conservative treatment algorithms is to preserve the function of the leg or reduce the level of amputation. Reomannisol was used from the first day of hospitalization to study the antioxidant and peripheral blood circulation effects of the drug in complex treatment. According to the scheme, 200.0 ml of solution was administered intravenously 1 time per day for 10 days. Plasma sampling and cytokine levels were performed on the first day before and/or after surgery, and then on days 3, 5, 7, 10, and 12 again blood plasma was taken and the level of cytokines was determined. Conclusion. In the case of purulent-necrotic processes in DFS, the adequate introduction of the cytokine

system is characterized by the slowing down of the local process, corresponding to acute inflammation, but increases the tendency of the process to go into a chronic state. With the recurrence of purulent necrotic inflammation, there is a synchronization of the process and a secondary immune deficiency, which does not allow the cytokine system to adequately join the anti-inflammatory system. Reomannisol allows us to consider it a physiologically active compound with clear antioxidant activity. Reomannisol has an antioxidant effect on the cytokine system, correcting the cytokine balance. It can decrease the function of pro-inflammatory and anti-inflammatory cytokines, and interferons. Reomannisol is effective in preventing the recurrence of purulent-necrotic lesions of DFS in conditions of secondary immunodeficiency, so it is a necessary drug in the main therapy complex.

DIFFICULTIES WITH DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HELLP SYNDROME IN CLINICAL PRACTICE.

Ibrohimova D.I, Gulomova Sh.X.
Tashkent Medical Academy 4th course.

Purpose of study: HELLP syndrome is a significant medical condition that clinicians, especially gynecologists, need to be aware of, as it can be difficult to differentiate from other pregnancy-related conditions and rheumatic disorders. The aim of this article is to provide an overview of the differential diagnosis of HELLP syndrome and discuss appropriate treatment options. Material and research methods: In the obstetrics clinic, patient B.C., 35 years old. Complaints: No complaints of dizziness and sleep disturbances. History: The patient has not experienced any serious illnesses or surgeries in the past. She was currently pregnant with her third child. The pregnancy had been proceeding well. The patient has been taking antiplatelet and anticoagulant (Cardiomagnyl, Clexane) medications under the supervision of an obstetrician-gynecologist. From November 13, 2023 to November 14, 2023, the patient had a fever with a temperature of 37.1°C, accompanied by weakness, pain in the joints and muscles, changes in the color of the skin on the hands and feet turning blue, as observed. The presence of primary vasculitis was suspected. On November 14, 2023, at 18:00, consultations were held by an infectious disease specialist, pulmonologist, cardiologist, and rheumatologist in the intensive care unit to determine the diagnosis and provide recommendations for further examinations. On November 15, 2023 patient's general condition remains stable but heavy. SpO₂ - 94%. Oxygen saturation is maintained. Pulmonologist: 1. Chest CT scan (Bilateral diffuse pneumonia. Bilateral minimal hydrothorax). 2. IgG and IgM for covid-19. 3. Sputum analysis was ordered. Procalcitonin : 39.0, D-dimer: 10.0 [normal up to 0.5], Hepatitis B (HBsAg) IFA: Positive, ANA screen, -dsDNA, -ANCA, -Scl 70, -ACL (16.11.2023): Negative. Research results: Based on the patient's complaints, medical history, physical examination findings, and results of laboratory and instrumental examinations, there is a suspicion of systemic autoimmune diseases. The patient was reevaluated by a rheumatologist in the therapy intensive care unit.

Misdiagnosed as: Systemic autoimmune disease, undifferentiated type, with a severe course. Activity 3 (SLEDAI = 28 points), central nervous system involvement (disorientation, irritability), kidney (proteinuria), heart (tachycardia), blood vessels

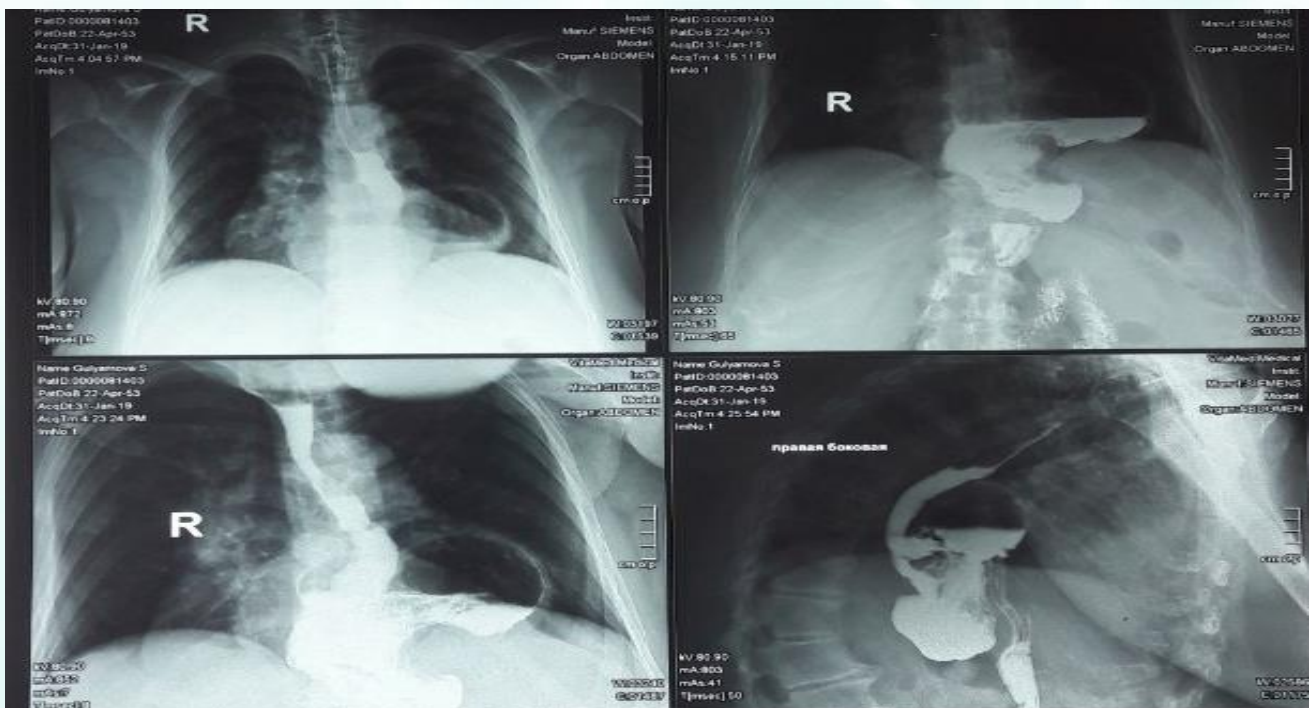
(Raynaud's syndrome, hemorrhagic lesions), constitutional symptoms (fever), liver (autoimmune hepatitis). Conclusion: HELLP syndrome is a rare but serious pregnancy complication that can lead to maternal mortality and perinatal death. Early recognition of symptoms, close monitoring, and timely medical intervention are crucial for managing HELLP syndrome and reducing associated risks. The patient's general condition was stable without the need for intensive treatment. Despite being kept under close observation, signs of respiratory and cardiac insufficiency persisted, leading to impaired respiratory and cardiac function. Despite resuscitative measures being taken, the patient's respiratory and cardiac function did not improve. The patient was pronounced dead on 17.11.2023 at 18:45. Main issue: HELLP syndrome. Competition: Bilateral pneumonia, severe course. Toxicodermmia Course: Postpartum period, 8 days. Urinary tract infection. Outcome: DIC syndrome. Multiorgan dysfunction. Hepatic dysfunction. Renal dysfunction. Respiratory dysfunction II degree. MODS intoxication. Sepsis. Hypovolemic state. Respiratory and cardiac failure.

THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS IN GIANT HIATAL HERNIAS

**Karimova S.O'. Berkinov U.B.
Tashkent Medical Academy.**

Abstract: Gathering deep knowledge about giant hital hernia and its treatment. Laparoscopic method and its advantages. **Key words:** giant paraesophageal hernia, mesh repair, Collis gastropasty, surgical approach to giant hiatal hernia, laparoscopy, incarcerated hiatal hernia, fundoplication. Though a standard description is lacking, a gigantic hiatal hernia (HH) is defined as a hernia that encompasses at least 30% of the stomach in the chest; the most prevalent kind of a huge HH is a type III hernia with a paraesophageal and sliding component. The exact cause of giant HH is unknown, but there are two possible explanations: (1) chronic positive pressure on the diaphragmatic hiatus combined with a propensity to herniate causes gastric displacement into the chest, which in turn causes gastroesophageal reflux disease (GERD), which is caused by esophageal scarring and shortening, traction on the gastroesophageal junction, and gastric herniation, and chronic positive pressure on the diaphragmatic hiatus combined with a propensity to herniation leads to gastric displacement into the chest, resulting in GERD. Awreness the pathophysiology of large HH and how to effectively handle this issue require an awareness of the short esophagus and GERD. Adherence is needed for the huge HH repair to be successful. fundamental hernia repair concepts (such as resection of the hernia sac, tension-free repair), identification and fixing of a brief esophagus, as well as a properly executed antireflux treatment. Recurrence rates in professional repair of open large HH hands vary from 2% to 12%; lengthy series have proved that the outcomes of an open large HH repair could be replicated with careful laparoscopic surgical approach. In most cases, hiatal hernia observations are represented by sliding hernias, the surgical correction of which has its own specific indications. Paraesophageal hernias make up no more than 0.4—1.4% of clinical observations, but to eliminate it, as a rule, in all cases only surgical intervention is necessary. Nowadays, many hospitals worldwide—including our hospital—use laparoscopy

Fig. 1. Contrast radiography of the stomach. The body and the bottom of the stomach are located in the chest cavity.





On 02/20/19, under endotracheal anesthesia, the patient underwent laparoscopic surgery in the volume of cruroraphy, fundoplication according to Nissen cholecystectomy.

The postoperative period proceeded without complications, and the next day the patient began to take liquid food. On the third day, the patient was discharged in a satisfactory condition for outpatient treatment. Conclusion. The clinical observation mentioned above relates to uncommon forms of paraesophageal hernias; because of the high risk of infringement, surgeons are encouraged to treat these hernias with scheduled surgery. The utilization of endovisual technology in the treatment of enormous paraesophageal hernias involving the diaphragm's esophageal orifice is aptly demonstrated by this clinical example. Other times, the execution is additionally.

THE ROLE OF THE IL-1 β GENE IN THE DEVELOPMENT OF COVID-19 IN PREGNANT WOMEN

Komilova Mehrinoz Oybekjonqizi, Zufarova Shahnoza Alimjanovna
Andijan State Medical Institute 2-Department of Obstetrics and Gynecology.
Doctor of Medical Sciences, Director of the Republican Population Reproductive
Health Center.

The purpose of the study: to analyze the association of rs1143627 polymorphism of IL-1 β gene with the pathogenesis of pneumonia in women infected with COVID-19.

Materials and research methods. In a scientific study, the IL-1 β gene rs1143627 polymorphism was analyzed using a case-control model. The main group included 110 Uzbek women who were infected with various degrees of COVID-19 during pregnancy. The women recruited for the study were divided into two groups: subgroup A - 70 patients with a severe form of COVID-19, that is, all of them had pneumonia and respiratory symptoms. Subgroup B consists of 40 pregnant women with mild viral infection. Genomic DNA preparations (n=105) from conditionally healthy donors without symptoms of COVID-19 in the anamnesis were used as material for the control group. Results. During the study of the distribution of the genotypes of the rs1143627 polymorphism in the IL-1 β gene for the main group of women infected with COVID-19 and the control sample, it was

found that the heterozygous T/C genotype was statistically insignificant. COVID-19 ($\chi^2=1.0$; $p>0.05$; 95% CI: 0.71-1.97). Detection of the mutant C/C genotype was 2.1 times higher in patients than in the control group, and women with this genotype had a tendency to develop the disease ($\chi^2=3.8$; $p>0.05$; 95% CI: 1.09-3.33; OR=2.1; 95% CI: 0.99 - 4.61), the wild-type T/T genotype was found to be highly statistically significant in protecting against the disease, which was 37.3% in the main group of pregnant women with COVID-19 and controls group is 53.3% ($\chi^2=5.6$; $p<0.05$; 95% CI: 0.41–1.2). When analyzing the role of the IL-1 β gene in the development of mild or severe forms of the disease, the heterozygous T/C genotype was statistically insignificant in the severity of the disease ($p>0.05$). In the group of pregnant women with a form of coronavirus complicated by pneumonia, the proportion of this genotype is 48.6% and according to the odds ratio: $\chi^2=2.7$; $p>0.05$; 95% CI: 0.66 - 2.71, in pregnant women with a mild form of COVID-19 it was 32.5%, $\chi^2=0.2$; $p>0.05$; 95% CI: 0.3 - 2.7, at the same time the percentage of T/C genotype in the control group was 36.2%. The frequency of appearance of the homozygous mutant C/C genotype was 17.1% in pregnant women with pneumonia-associated with COVID-19, showing a tendency to increase the risk of disease complications by 1.8 times ($\chi^2=1.6$; $p>0.05$; OR=1.8; 95% CI: 0.69- 3.88). This genotype of the IL-1 β gene is equal to 25.0% in the group of women with a mild form of viral infection and 10.5% in the control sample, and with high confidence in statistical processing, it was found that the C/C genotype increases the occurrence of this form of the disease by 2.8 times ($\chi^2=4.9$; $p<0.05$; OR=2.8; 95% CI: 0.82-6.96). Based on common parameters, the results of our study showed that the T/T genotype has a protective role against the disease ($p=0.03$). Also, the homozygous wild-type genotype performs a protective function in the development of the severe form of COVID-19 with obvious statistical certainty (34.3% vs. 53.3%, respectively, $\chi^2=6.1$; $p<0.05$; 95% CI: 0.3 - 1.39). However, statistically significant results of this genotype in protection against mild form of viral injection were not observed (25.0% and 10.5%, respectively; $\chi^2=1.4$; $p>0.05$; 95% CI: 0.28 - 2.28). Conclusion: the results show that the vertical T/T genotype of the IL-1b gene polymorphism rs1143627 has a protective property with high statistical confidence, the heterozygous T/C genotype is not associated with the development of coronavirus, as well as the presence of the mutant homozygous C/C genotype there is a tendency between the outbreak of the disease and the occurrence of pneumonia.

COVID-19 ASSOCIATED CARDIOVASCULAR COMPLICATION ON MODEL OF BUSTANLIK DISTRICT.

Kurbonov Behzod Nigmatillaevich.
Tashkent region Bustanlik District Gazalkent city,
Bustanlik Central District Hospital Title

Retrospective analysis objective: To study the features of cardiovascular system damage after COVID-19, identify the main types of cardiovascular complications (CVC), assess their frequency, prevalence, and impact of comorbidities.

Methodology: A retrospective analysis of outpatient records of patients from 2020-2021, who had laboratory-confirmed COVID-19, was conducted. The study was carried out

at Bustanlik Central Polyclinic and the Emergency Department of BCRR. Patient records and medical history were analyzed using a questionnaire focusing on post-infection cardiovascular status caused by SARS-CoV-2. The study included patients of both genders, aged 18-83, with diagnosed viral cardiovascular system damage. 68 outpatient records were analyzed according to inclusion/exclusion criteria. The mean age of the participants, based on medical documentation, was 60.4 ± 10.3 years.

Results: The main symptoms reported by patients were chest pain (62.9%) and elevated blood pressure (61.9%). The most common CVC in post-COVID syndrome were: ischemic heart disease (41.9%), rhythm and conduction disorders (29.5%), and hypertensive crisis (33.3%). Severe COVID-19 predicted the transformation of ischemic heart disease into a more severe form ($p < 0.05$), development of chronic heart failure (CHF) ($p < 0.05$), and myocarditis ($p < 0.05$). The presence of diabetes mellitus (DM) and dyslipidemia contributed to rhythm and conduction disorders in the remote period ($p < 0.05$). Administration of anticoagulants during COVID-19 treatment significantly reduced the risk of ischemic heart disease transformation ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the study, the most common complication of the cardiovascular system is the progression of ischemic heart disease (41.9%). It was found that COVID-19 can both cause primary cardiac pathology and exacerbate existing cardiovascular diseases

METHOD OF LOCAL HEMOSTASIS IN PARENCHYMAL AND SHEATHED CEREBRAL HEMORRHAGES

Mamadaliev A.R., Davlatov B.N., Mamasoliyeva Sh.U.

Relevance. The history of local hemostasis originates in ancient Egypt, when thermal methods were used to stop bleeding. The ancient Egyptians were also the first to use chemical hemostasis (a mixture of wax, fat and barley). Healers of ancient Greece applied hemostatic herbs to combat wounds.

At the end of the eighteenth century Carnot developed and proposed the use of gelatin. In 1892, Horsley created a preparation, "bone wax", which included beeswax, salicylic acid and almond oil. Cushing and Bovie used electrical coagulation in the 1920s. In 1909, Bergel first used fibrin for local hemostasis. Frantz proposed the use of oxidized cellulose in 1942, and already in 1960, oxidized regenerated cellulose was developed. In 1970, Hait developed microfibrillar collagen from bovine skin. Fibrin sealant obtained from purified thrombin was approved for use in the clinic in 1998. In the same year, cyanoacrylates were adopted and introduced into clinical practice. The purpose of the study. Based on experimental and morphological studies, to develop a method for local hemostasis in parenchymal and sheathed cerebral hemorrhages. Material and method of research. To implement the described method, a domestic hemostatic agent made of a composite polymer material from cotton cellulose derivatives "HEMOBEN" (IAP05906 dated 04/24/2015) was used. The method is carried out in the following sequence. After performing the main stages of operations: craniotomy (decompressive or bone-plastic), depending on the operation plan, the dura mater is dissected, followed by the elimination of volumetric formations that compress the dura mater or the parenchyma of the brain. The presence of a bed of various

sizes (from 10 to 80 cm² or more) and shape is determined. The bottom may be a partially removed formation, a soldered inner surface of the capsule or foci of hemorrhagic softening of the parenchyma of the brain. In these cases, there is a high probability of hemorrhages from softened brain tissue (bruising area), postoperative capillary bleeding from the dura mater or from newly formed connective tissue (capsule), minor venous bleeding due to rupture of vascular walls, as well as bleeding from the parenchyma of the brain. HEMOBEN powder is applied to the area of brain damage with bleeding at a dose of 70 mg per 10 cm² with a layer of 3-5mm (with active bleeding, the wound surface with the powder is pressed with a dry cloth until the bleeding stops completely). The excess amount of powder is removed by supplying dry air with a temperature of 40-50 ° C at an angle of 30-60 ° and a pressure of 3-4 atmospheres, which also accelerates the formation of a hemostatic translucent film firmly adhered to the wound surface of the brain. The supply of dry air is carried out by means of a laparoscopic insufflator through a suction system. For this method, a positive decision was received on the receipt of an application for a patent for an invention from the Ministry of Justice of the Republic of Uzbekistan IAP 2022 0592 "Method of local hemostasis of parenchymal and shell hemorrhages of brain".

Conclusions. 1. Rapid hemostasis is achieved as a result of polymerization of the powder and its transition to a state of a translucent film with strong adhesion to the wet wound surface of the brain.

2. "HEMOBEN" is hypoallergenic, does not cause sensitization and negative immune reaction of the body. Unlike other hemostatics, it does not cause wound irritation and does not form granulomas, scars, dense adhesions and fibroids, which makes it almost ideal in neurosurgery when working on the brain and epidural structures.

UNDERSTANDING POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (PCOS) IN WOMEN

1 Maxkamova Z.Yu., 2 Islomova S.T.

**Andijan State Medical Institute, 1st year medical faculty student, Andijan, Uzbekistan
Associate Professor of the Department of Medicinal Chemistry, Andijan State Medical Institute.**

Introduction: Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is a complex endocrine disorder affecting a significant proportion of women worldwide. The disorder can be morphological (polycystic ovaries) or predominantly biochemical (hyperandrogenemia).

Relevance: PCOS is a condition in which presents a small amount of masculinity in females due to the hyperandrogenism. Moreover it is a serious disease that causes infertility as a result of hormonal irregularities brought about by increased insulin levels. Irregular menstruation or no menstruation, acne problems, nigricans without acanthosis (discoloration of the areas between the neck, arms, chest and legs), hair loss, obesity are some of the symptoms of polycystic ovary syndrome. Ovulation happens when a mature egg is out of an ovary in order to be fertilized by a male sperm. Otherwise it is released out of the body during the period. In some cases, there is the lack of hormones needed to ovulate. If the ovulation does not occur, a great many small cysts are developed by the ovaries. These cysts are able to make male hormones called androgens. This can cause more issues related to a woman's menstrual cycle. In addition, an increase in small follicular cysts (polycystic ovaries with a size of 6-10 mm) is observed during vaginal ultrasound examination. This



appearance can be observed in 20% of women of normal reproductive age. There are four types of PCOS: insulin-resistance PCOS, inflammatory PCOS, adrenal PCOS, post-pill PCOS. Insulin-resistant PCOS is the most common type and occurs when human body stops responding well to insulin, and increases blood sugar. This causes the high level of androgen and interferes with ovulation. According to one recent estimate, insulin resistance is present in about 44% to 70% of people with PCOS. The purpose of the study: To study and evaluate the etiological structure and frequency of occurrence of PCOS in females. Material and methods: to accomplish this task, we selected 180 patients who applied to the ultrasound examination with delaying menstrual cycle. In the article, clinical conversation and observation are used to diagnose PCOS and determine which type of it. After the US we detected a multi-follicular ovary in 80 people. They are given a referral to the endocrinologist. There are some prevalence clinical parameters: menstrual disorder (100%), family history (62.5%), hirsutism (62%), oily skin (56%), acne (35%) and married history of infertility in women (2.8%). Insulin resistance was present in 17 (21%) cases, of which 9 (25%) had BMI>30. In the laboratory research, 8 (10%) patients had insulin higher than 25, of which 4 (50%) had BMI>30 (20%). 62.5% of studied indicators include a family history of the disease and since the genetic aspect of this illness is autosomal dominant, the probability of the sisters and daughters of women with the disease reaching 50% is 50% checked. In 100% of cases there was a violation of menstrual cycle. Taken by Conway (1989) in the study, menstrual irregularities were present in 80% of cases.

Conclusion. In conclusion, this article synthesizes the findings presented in each section, emphasizing the complex interplay of description, pathogenesis, etiology, classification, statistics in understanding and addressing PCOS. It underscores the need for further research, interdisciplinary collaboration and tailored approaches to improve the diagnosis and management of this prevalent condition.

CHARACTERISTICS OF IRON METABOLISM IN PRESCHOOL CHILDREN WITH MILD IRON DEFICIENCY ANEMIA

R.T. Masharipova, P.R. Aliyeva
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

Introduction. For optimal implementation of programs for effective and mass prevention of iron deficiency conditions in risk groups, which have been implemented in recent years in the Republic of Uzbekistan with the support of WHO/UNICEF, Scientific data on the nature of iron metabolism in children, as one of the risk groups for anemia of varying severity, living in various biogeochemical conditions, are certainly necessary, including the use of preventive doses of medicinal iron or enriched iron-fortified common foods (for example, bakery products). The purpose of the study: to study iron metabolism in preschool children with mild iron deficiency anemia who permanently live in rural areas. Materials and methods of research: In order to characterize iron metabolism in a population of rural children (Kushkupir district) of preschool age with mild iron deficiency anemia, 40 children of both sexes selected by random non-repetitive selection were examined. Results and discussion: Analysis of the level of total hemoglobin in these children

by the hemoglobin cyanide method showed that the average hemoglobin level in rural children who were classified as mild IDA was 93.2 ± 0.53 g/l with a variance of this indicator from 91.8 g/l (min) to 101.0 g/l (max). It is characteristic that certain hemoglobin values in rural children with mild IDA are located in a fairly narrow range of values from 92.0 – 94.0 g/l. The level of functional serum iron in rural children with mild IDA is low, averaging 7.05 ± 0.33 mmol/l with a dispersion of this indicator from 4.77 mmol/l (min) to 8.86 mmol/l (max). In a comparative aspect with urban children of the Khorezm population of preschool children, the level of functional serum iron in rural children is significantly lower with the same mild degree of 7.05 ± 0.33 mmol/l and 9.62 ± 0.19 mmol/l, respectively ($P < 0.001$), i.e. this indicator in rural children is 1.36 times less. This phenomenon indicates that even under the conditions of existing ferro stress in the body, the erythron of rural children is in less favorable conditions compared to urban children in terms of supplying it with serum iron. Similarly, pathological hypertransferrinemia in rural children with mild IDA is more pronounced than in the subpopulation of urban children, the average level of immunoreactive transferrin in the blood serum of rural children is $4.17 \text{ g/l} \pm 0.03$ with a dispersion of this indicator from 3.95 g/l (min) to 4.35 g/l (max) whereas in urban children hypertransferrinemia is less pronounced – 3.98 ± 0.04 g/l (see Table). The saturation of the total pool of transferrin iron-binding serum protein with iron in a subpopulation of rural children with mild IDA remains low, on average $6.9 \pm 0.34\%$ with a variance of this indicator In a comparative aspect with urban children with a mild degree of IDA, the saturation of the total transferrin pool in rural children is lower – $6.9 \pm 0.34\%$ and $9.9 \pm 0.25\%$ ($P < 0.001$), respectively. Conclusions: Iron metabolism in rural preschool children with mild iron deficiency anemia has been studied. Characteristic fluctuations in the indicators of iron metabolism are noted, reflecting the features in this exchange characteristic of rural children.

COMPARATIVE DETERMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF CHEWING AS ONE OF THE INDICATORS OF DENTAL STUDENT HEALTH

Muydinova B.A.
Andijan State Medical Institute.

Purpose: to conduct an examination of students using the occlusiogram method and determine chewing efficiency as one of the indicators of students' dental health.

Materials and methods: a survey was carried out on 30 students of the Faculty of Dentistry of ASMI aged 19 to 23 years. An occlusiogram was obtained in central occlusion on a wax plate cut from a standard wax plate according to the shape of the dentition. Inside the plate, at a distance of 2.0 - 3.0 mm from the edge, there were reinforcing elements made of wire 0.4 - 0.8 mm thick. At the same time, the subjects were introduced into the oral cavity with a softened wax blank, asked to close their teeth and received an occlusiogram. At the contact points of the antagonist teeth, the softened wax was bitten through. The occlusiogram was not deformed when removed from the oral cavity, since the reinforcing elements retained its original state. Then an occlusiogram scan was obtained in central occlusion. Scans were used as input data for the functioning of the evaluation algorithm chewing efficiency in a specialized computer program. As a comparative functional

chewing test, a test for express assessment of chewing efficiency was taken, developed by a team of authors under the leadership of Professor V.N. Trezubov. This test is modern and quite easy to perform. The food test material in this sample was an almond kernel weighing about 1 gram. The subjects chewed the test material until the swallowing reflex appeared, that is, an irresistible desire to swallow the material. According to the developers of the test, in a normal occlusiogram, this desire arises after 16 seconds in persons with an orthognathic bite and an intact dentition. Next, by analyzing the time spent chewing by the subject, the value of preliminary chewing efficiency for a given person is selected, compiled by the researchers into a table. When chewing the test material in 16 seconds or less, the chewing efficiency is 100%, in 17 seconds - 94.1%, etc. The adjusted chewing efficiency was calculated taking into account correction factors for age and the condition of the dentition. Results: the value of chewing efficiency, measured using a specialized computer program, is 100% in 30% of subjects, in the range of 70 - 80% in 30%, and 60% - 70% in 40% of subjects. Moreover, a decrease in the value of chewing efficiency directly correlates with the presence of problems in the maxillofacial area of the subjects, such as malocclusion, multiple fillings, and small dentition defects. When obtaining chewing efficiency values using the express method of a functional test according to V.N. Trezubov, 100% of the subjects chewed the test material in less than 16 seconds, that is, the chewing efficiency was 100% for all subjects. Conclusion: a specialized method of computer analysis and determination of chewing efficiency using occlusiograms has the following advantages:

1. Quick and easy assessment of the occlusion condition.
2. Obtaining research results in a visual digital format with the possibility of inclusion in an electronic medical record in the form of occlusiogram scans.
3. The method for determining chewing efficiency using a computer program showed more accurate results compared to the functional express diagnostic method and provides a clear correlation with the dental health of the subjects.

CHARACTERISTICS OF MEASLES IN YOUNG CHILDREN

**Student 504 group Aimal Khan Scientific supervisor PhD, dotsent Mulladjanova
Kimyakhon Andijan State Medical Institute, Department of Infectious Diseases**

Measles is an airborne, viral, rapidly spreading, cyclical disease with intoxication syndrome, catarrhal inflammation and rashes. The disease causes serious complications in children, and the death rate is even higher than cholera and smallpox. Measles is more severe in younger children than in older children.

Purpose of the study: to study the characteristics of the course of the disease in children of primary age.

Material and research methods: In our investigation, there were 64 patients who were treated in Andijan Regional Infectious Diseases Hospital. General clinical and laboratory methods were used. Most of the patients were children of primary age. First of all, we divided the sick children into 4 large groups: according to age and types of nutrition, at what time of the disease and complications of the disease. General blood, urine, stool analysis and chest x-ray were taken from the patients.

Research results. The disease is more common among children. Adults were relatively less affected. Children under 3 years of age were mainly examined. Natural-breastfed children, artificially, mixed and generally fed young people over 6 months. Incidence among breast-fed children made 10-1,6% of children in the study. These children are between 6 months and 1 year old. The number of children on artificial nutrition made up the majority 30-46,8%. Children on mixed nutrition included those from 3 months to 1.5 years, which accounted for 16-25.8%. 8-12.5% of children aged 11 months to 3 years who are fed in general manner.

Then we found out when they applied for the disease. In the initial period 14- 21,8%, in the period of exacerbation - rash 42- 65,6, and in the period of convalescence 8-12,5 applied with complications. The typical course of the disease was recorded in children on artificial, mixed and general nutrition, the mild form of the atypical course was recorded in children on natural nutrition and 1 time vaccination, and the severe form was noted in children who were not vaccinated, artificial and mixed nutrition. The disease was manifested with complications in children who had pneumonia before the disease and had other additional diseases. Among the complications of the disease, early complications-diarrhea in 4-6,3%, stomatitis in 7-10,9%, croup syndrome in 48-75%, pneumonia in 16-25%, bronchitis in 11-17,1% of patients. Among the late complications, which occurred during the transition to the pigmentation period, croup syndrome accounted for 16-25%, pneumonia 28-43,7%, bronchitis 11-17,1%, meningitis 4-6,2%, encephalitis 2-3,1%. The number of people who died from the disease was 2-3.1%.

Conclusion. In conclusion, we have seen that the disease is severe in children of primary age , especially in children who often get sick and are not vaccinated. Differences were also significant in artificially fed children compared to breast-fed children. The disease was accompanied by obvious symptoms.

WAYS OF LIFE-QUALITY IMPROVEMENT IN WOMEN AFTER HYSTERECTOMY

**Nigmatova G.M., Absattarova M.S.
Tashkent Medical Academy.**

Problem actuality. Hysterectomy, with women in late reproductive age, leads to life-quality worsening and development of psycho-emotional, metabolic, endocrinological and atrophic changes during early postsurgical period as well as in distant dates after operation. Found out that, different clinical symptoms can be noticed among certain women groups, which remind menopausal picture.

Therefore, clinical expressions of climacteric syndrome after surgical manipulations at this age are not so intensive, as in premenopause, and appear much later. This fact brings discomfort into women's life-quality and prolongs the time of her social rehabilitation. Thus, we consider hormonal correction appropriate after operation.

Purpose of the study: Searching for therapy methods of genitourinary syndrome, in women after uterus amputation.



Materials and methods: We examined 55 patients at late reproductive age after oncological amputation. Estrogen deficiency is the background for atrophic changes in genitourinary system, which develop in 40-60% of patients.

Women after HE quite often complain about frequent urination, dysuria and imperative urges. Atrophic vaginitis, recurrent cystourethritis, urinary incontinence, nocturia, end up with extremely negative effects on life-quality of women. Increase in leukocytes till 25-30 in the field of view was found in 2 patients (6,7%), morphotype of gram-positive cocci dominated. Culture research detected growth in Streptococcus B (106 ml). Mentioned situation was regarded by us as a non-specific inflammation – aerobic vaginitis. The qualitative assessment of the vaginal microflora included the characteristics of the majority of bacterial morphotypes: gram-positive cocci, bacteroids, lactomorphotype, fusobacteria, gardnerella morphotype. Results of research. For women after uterine amputation, we prescribed a transdermal estrogen-containing drug Lenzetto (Gedeon Richter, Hungary), 1 puff in a continuous mode. The choice of the therapy regimen depends on the woman's age, the presence of risk factors, the volume of the operation, as well as the characteristics of clinical signs and results of instrumental examination. According to the findings, transdermal estrogen has been shown to be effective for all 100%, in reducing urogenital sequelae and improving the quality of life of patients after surgery.

Conclusion for research. The prescription of HRT immediately after the operation contributes to the smooth adaptation of the woman's body, while the aging process of the skin slows down, affective disorders diminish or disappear, libido is maintained, and the quality of life improves.

A MODEL OF THIRD-DEGREE BURN INJURY FORMATION IN RAT SKIN

**Nurullaev Sh.J. Scientific supervisor: PhD., D.Y.Khojiev Educational Institution
«Termez branch of the Tashkent Medical Academy» Termez city, Republic of
Uzbekistan Educational Institution «Tashkent Medical Academy» Tashkent city,
Republic of**

Introduction

A number of methods are known for this work, it is considered appropriate to use experimental animals to evaluate the model of burn care, to study the pathophysiology of burns, as well as to study the effectiveness of treatment strategies due to the complexity of burns and their various causes [Ashburn MA. Burn pain. Burn Care & Rehabilitation. 1995.16(3 Pt 2):365-371].

Over the past two decades, a number of models of various degrees of burn injury have been made on animals skin. These models are useful for identifying the pathophysiological changes that occur in burns and for studying effective treatment methods [Summer G.J., Puntillo K.A., Green P.G., Levine J.D. Burn injury pain. The Journal of Pain. 2007.8(7):533-548].

In patent number RU2472232C2, scientists shaved in the back scapular area a white lab rat under two-component anesthesia and treated the skin with alcohol. Skin area, level It is burnished using a copper plate of 400 mm² and 1 mm thick. In this case, through the end of a laser light conductor ("Lasarmed 10 01"), it was exposed to radiation at a wavelength of 1064 nm in a continuous mode, the power at the end of the light conductor was 7.8—8.2V

organized. By controlling the thermal image, the plate is heated to 220°C, after which it is held on the skin for another 2 seconds. As a result, successive burns are formed in all layers of the skin up to the subcutaneous tissue (burn IIIB degree). However, the disadvantage of this method is the insufficient laser exposure to the skin, because the diameter of the laser beam guide is 2 mm, so it is necessary to expose the skin many times to obtain a certain burn area.

RU 2 582 458 C1 The method involves using electromagnetic radiation as a thermal agent and controlling the temperature in the burn area. An infrared (IR) soldering iron equipped with an external thermocouple is used. The method does not require careful depilation in advance, allows to create a standard planned burn of the same absolute and relative area, including it is used on flat and relief areas of the body. A known method of experimental burn modeling in animals (mice, rats) is performed by immersing the back of the animal in water heated to a temperature of 65-100°C (RU2001127406/14A.). The disadvantage of the method is that the known method heats not only the skin of the animal, but also the skeletal muscles (this is due to the fact that mice and rats have a poorly expressed layer of subcutaneous tissue) and leads to the early death of the animals. In the first 2-3 days, the wound area is 15-20% of the body surface.

Also known is a device for simulating a burn injury, which includes housing, a heater, a contact burn element, a drive and contact regulating mechanisms. A cylindrical copper container is placed in the device body. This vessel is filled with water, and by heating the water, the copper vessel heats up and burns the surface of the skin. The disadvantages of this device are the complexity of the design and the inconvenience of use.

The target of the invention

To create a 3rd degree thermal burn injury on the skin of laboratory animals and to examine the morphological changes in the burnt tissue.

Material and Method

The novel model of animal skin burn injury generation that we propose is distinguished by the fact that all rat skins are burned at the same time interval and the exact skin area is simple and convenient. The work is carried out in the following order: The body weight of the rats was measured, the relatively uniform white inbred experimental rats of the same genotype were selected and divided into three groups. Group I—control rats, weight 190—210 g. Group II rats 180—205 g were treated with an ointment prepared by us on the surface of the burn wound. The basis of this ointment is levomekol, to which micro-dispersed KMXZ was added.

KMXZ is a new natural raw material synthesized from dead bee "Apis mellifera" and used to treat burn wounds. Group III - rats weighing 180—210 g were treated with levomekol ointment as monotherapy. In all groups, 10 rats of different sexes were selected. Only six rats from the first (control) group and all rats from the other groups were prepared for the process of creating a burn injury. Rats placed in a specialized box were anesthetized (by intramuscular injection of 0.1 ml of anesthetic). The hair on the back dorsal part of the rats was clipped short to obtain the same skin burn in all groups. 20-30 ml of air was injected under the skin, in a depilated area, to create a burn wound. The reason for the introduction of air under the skin is to protect the underlying tissues from deep and internal burns, to save the lives of rats for the morphological study of burn wounds and to study the effects of healing ointments. For thermal damage to the skin, an ax welder with a flat working end,

used in construction and agriculture, was used. The tip of the welder, heated to 400°C, was touched to the skin of a rat and the exposure time was continued for 10 seconds. The contact of the flat working end of the welding iron with the skin was set at an angle of 30 degrees relative to the plane of the animal's skin. The burn area on the skin was 4.0 x 2.0 cm. After the burning procedure was completed, within 15 minutes, the rats began to recover from anesthesia, and ointments were applied to the wound surface in a predetermined order. On the second day after thermal trauma, four rats from all groups were killed under anesthesia, and pieces of skin burn wounds were submitted for histological examination (Picture 1). The degree of burn damage was determined by histological examination of skin tissue under a microscope. Pathological damage in rats was characterized by darkening and necrosis of the skin macroscopically, and histological examination of the skin tissue under the microscope showed grade IIIA and IIIB burns (Picture 2).

The treatment was carried out by applying medicated ointments to the surface of the burn wound daily according to a predetermined plan once a day with a thickness of 0.5-3 mm.

Application of medicated ointments and feeding of rats (bread, cereal seeds, sunflower seeds) were carried out once a day at the same time intervals. Wound therapy was carried out for 22 days until complete healing, epithelization of the burn wound in group 2 occurred in the 3rd week after the skin burn. In the group treated with levomekol monotherapy (group 3), the epithelium of the wound recovered within 24 days, while in the control group, skin recovery occurred on the 30th day after thermal injury. The advantage of our simulation is 100% viability of rats, easy and standard uniform occurrence of burn injury. Except for the rats whose skin was sampled for histological examination, the remaining rats survived until complete healing of the burn process.

Result and discussion

This proposed utility model is useful for researchers studying the mechanisms of easy and standardized generation and healing of small and large burn wounds in rats. III in experimental rats for a specific variant the results of the implementation of the recommended method of creating a graded burn wound are shown in the photos, where:

Picture 1—Wound formation of the body of a rat— Depilation of the back shoulder area. Picture - 2. Sending air under the skin. Picture 3—An axe welder with a flat working end used in construction and economy. Picture 4— Histological appearance of III degree burn.

Picture 1— shows the removal of wool from the skin layer of the selected site for creating a burn wound on the back of a non-white experimental rat. In this case, the skin layer is first thoroughly cleaned with scissors, then with a razor, and wiped with alcohol.

Picture 2— shows the process of injecting air under the skin to the area intended for the burn. Injection of air under the skin, injection of air under the skin during the formation of a burn prevents internal organs from burning.

Picture 3— shows a Construction and Farming flat-faced ax cautery used to create a burn wound. The contact time of the tip heated up to 400°C to the skin of the rat was continued for 10 seconds. The contact of the flat working end of the soldering iron with the skin was set at an angle of 30 degrees relative to the plane of the animal's skin. The burn area on the skin was 4.0 x 2.0 cm.

Picture 4— shows the histological appearance of a third-degree burn wound on the skin of rats.

Thus, we have successfully characterized the facile and standardized induction of minor and major burn injuries in rats and the systemic burn-induced hypermetabolic response in this model. This useful model is useful for researchers studying the complex etiologies and therapeutic mechanisms of hypermetabolism.

Field of application: The useful model applies to medicine, in particular, to combustiology, pathological anatomy, morphology, and forms a standard thermal burn on the skin in laboratory animals. It is useful for researchers studying the complex etiology and treatment mechanisms of hypermetabolism and burns in rats, and the easy and standardized presentation of minor and major burn injuries.

Is to create an easy and fast thermal burn injury on the skin of laboratory animals and to expand the possibilities of experimentation. In this method, the skin thermal injury is a flat-faced ax welder used in construction and farming, a flat-faced ax soldering iron heated to 400°C at the working tip creates a burn wound area.

A model of third-degree burn injury formation in rat skin



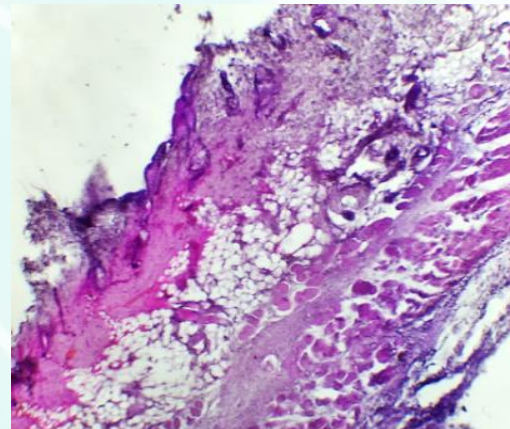
Picture 1 — Removal of fur from the rear shoulder area of the rat body where the wound is formed



Picture 2 –Sending air under the skin



Picture 3 – An ax welder with a flat working end used in construction and economy



Picture 4 –Appearance histological of III degree burns

**THE ROLE OF PHYSICAL EXAMINATION IN THE CLINIC OF ORTHOPEDIC
DENTISTRY WHEN PROSTHETICS USING IMPLANTS**



**Odiljonov Zhavohimirzo Dilmurodovich
Andijan State Medical Institute**

The purpose of this study is to study the correspondence of the quality of life of patients with inflammatory periodontal diseases to the objective clinical picture in the oral cavity, the attitude of this group of patients to the need to undergo repeated follow-up examinations to determine the direction of active dental educational work during prosthetics on implants in patients with aggravated periodontal status. In addition, to identify the optimal frequency of examination by a dentist of people with a history of periodontal pathology to ensure an effective guaranteed treatment result when they receive prosthetics on implants.

Material and methods. To solve the set goal and objectives, the medical histories of 113 patients who were treated by a periodontist aged from 22 to 82 years were analyzed (72 - 63.7% women, average age 52.96 ± 15.35 ; 41 - 36.3% men, average age 48.93 ± 17.62) for the period from 2012 to 2022 from the archives of the regional dental clinic in Andijan.

Results and discussion. When analyzing the reasons for visiting a periodontist, it was found that only 42 people (37.2%) sought help on their own due to a decrease in quality of life, the appearance of bleeding gums and mineralized dental plaque. Of these, 28 (66.7%) people already had a developed stage of the disease, which corresponded to moderate and severe chronic generalized periodontitis, 4 people (9.5%) rated their dental health as unsatisfactory at the stage of exacerbation of mild chronic generalized periodontitis. Only in 10 cases (23.8%) patients presented with open periodontal lesions, which can be completely reversible with proper oral hygiene. In 17 cases (15%) the reason for visiting a dental clinic with subsequent referral to a periodontist was acute pain. Sudden tooth mobility or abscess formation were the result of persistent pathological changes in periodontal tissues. The largest group of patients was 54 people (47.8%), who underwent a course of treatment with a periodontist not on their own initiative, but on the direction of dentists of related specialties. Among the examined patients, 5 (4.4%) were diagnosed with chronic generalized catarrhal gingivitis, 16 (14.1%) with mild chronic generalized periodontitis. The most numerous groups of patients were with moderate chronic generalized periodontitis - 62 (55%) people and with severe chronic generalized periodontitis - 30 (26%) people. 81 (71.7%) patients completed the course of treatment from a periodontist and were registered at the dispensary. After carrying out professional hygiene and relieving acute symptoms, 32 (28.9%) patients did not show up for subsequent necessary treatment and preventive measures. Of the 81 people requiring clinical examination, only 12 (14.8%) patients conscientiously underwent follow-up examinations and courses of anti-relapse therapy. 44 (54.3%) patients were lost to follow-up. 25 (30.9%) patients dropped out of dispensary observation and returned with complaints within a period of 1 to 2 years. Among them, 16 (64%) were people with exacerbation of existing periodontal pathology, 9 (36%) with complications. When analyzing the medical histories of people who complied with the terms of medical examination, it was found that after six months complaints of bleeding gums reappeared. Half of the patients lost the necessary individual hygiene skills, which led to a deterioration in the hygienic condition of the oral cavity. According to A.I. Grudyanova, adults retain motivation for high-quality teeth cleaning for 1.5 to 3 months. Within 10-20 days of accumulation of microbial plaque on the teeth and gums, a clinical

picture of acute catarrhal gingivitis develops. After 2 months, chronic gingivitis or its transition to periodontitis is clinically determined. In chronic generalized periodontitis of mild severity, the prognosis for implant installation is good, however, an important task is to prevent further progression of this local background pathology. With an increase in the frequency of active calls to 4 times a year, an objective improvement in periodontal status was noted at each subsequent follow-up examination.

The above allows us to draw the following conclusions. There is no positive relationship between patients' self-assessment of their condition and the objective clinical picture in the oral cavity. Complaints become significant for patients already in the later stages of the disease, when changes in periodontal tissues are irreversible. In most cases, the terms of clinical examination are violated, which leads to the progression of pathology in periodontal tissues, new exacerbations and complications, and deterioration of the hygienic condition of the oral cavity. In patients who undergo timely follow-up examinations and courses of anti-relapse therapy, there was no worsening of inflammation in the periodontal tissues and a significant improvement in the hygienic condition of the oral cavity was detected. Active dental educational work, carried out not only at the planning stage, but also at subsequent stages of dental implantation, where, based on the available comprehensive information about concomitant periodontal pathology and its complications, motivation is developed to undergo regular follow-up examinations, will increase the effectiveness of orthopedic treatment using implants in this group of patients. The frequency of active calls for patients with implants and a history of periodontal pathology has been established - every 3 months or 4 times a year throughout the entire life of the implants. During the follow-up examination, it is necessary to assess the condition of functioning implants, as well as determine the periodontal status, assess the general state of health in order to timely correct disorders by specialists in the appropriate field.

EVALUATION OF THE ANTIMICROBIAL EFFICACY OF OPHTHALMIC DRUG FILM IN THE TREATMENT OF INFECTED EYE WOUNDS

Pulatova Munisa

3rd year student of the Faculty of General Medicine of the EMU University.

Aim. To study the antimicrobial efficacy of an ophthalmic drug film for the treatment of penetrating wounded eyes on meat-peptone agar (MPA) and evaluate the viscosity of colony growth with the duration of the biocoating.

Materials and methods. To adapt to inflammatory diseases of the anterior segment of the eye, we used a multifunctional bioactive film with antimicrobial properties. The film coating is characterized by the creation of stable microenvironments for wound healing, antibacterial activity, high absorption capacity, permeability to gases, water vapor, photodynamic therapy, sensitivity, absence of irritating, allergenic, pyrogenic and toxic effects. The studies were carried out on 12 rabbits weighing 2.8-3.5 kg. Animals were divided into 2 groups: group I - the main group (6 individuals) - after modeling penetrating wounds of the eyes, the wounds were sutured, and a film was applied over the seams. Group II - control group (6 individuals) - after modeling penetrating wounds of the eyes, the wounds were sutured and the biocover was not applied. Rabbits of both groups were treated



with a culture of *Staphylococcus aureus* (MRSA) in the affected eyes. Observation was carried out for 1, 3, 5 days.

Results. The dynamics of a decrease in the number of *Staphylococcus aureus* colonies by 4.5 times and their diameter by 1.08 times, as well as an increase in the lysis zone by 1.25 times in the main group, indicates a long-term bacteriostatic effect of the developed biodegradable coating. The antimicrobial effect begins to appear from the 3rd day, reaching a maximum on the 5-7th day.

Conclusions. The prolonged bacteriostatic effect of the film was proved : in the main group on Sabouraud's medium, meat-peptone and blood agar, the growth zones of *Candida C. albicans*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus Escheria epidermidis* and *Staphylococcus epidermidis* are suppressed on the 5th day by 1.13 times, on the 7th day by 1.15 times compared with the 1st day and control, which indicates a prolonged bacteriostatic effect of the film. Ophthalmic film at the local level in the treatment of an experimental model of infected penetrating wounds of the cornea was proved, expressed in a significant decrease in the inflammation severity index by 3.51 times ($p < 0.05$), which was confirmed by histomorphological studies, manifested by a reduction in the time regeneration of the corneal wound on the 7th day after injury.

ONCOLOGICAL DISEASES AND ITS DANGERS

**CAMU International Medical University Department of Social Sciences and
Physical Culture Rasulova Nilufar Abduvossiyevna Senior English teacher, PhD.**

Annotation: In this article, about 570,000 new cases of cervical cancer were recorded in the world in 2018 alone, more than 311,000 women die from this disease every year, and thousands of women are diagnosed with cervical cancer in our country every year information is provided. **Key words:** soft tissue, anemia, vaccination, body, children, life, ecological, tumors, environment, spots Embryonic factors play a key role in the development of oncological diseases in children. Oncological diseases are one of the problems that seriously affect the health of not only the elderly population, but also children. According to experts, thousands of patients can be returned to a healthy life by effective organization of activities related to the prevention of such diseases and early detection of the disease[6]. Hemablastoses make up about 40% of oncological diseases among children. Central nervous system tumors, neuroblastomas, kidney, bone, soft tissue, ear, throat, nose, liver, and genital malignancies are also found. Embryonic factors play a key role in the development of oncological diseases in children. In order to prevent dangerous tumor diseases in children, first of all, it is very important for parents to be healthy, to create a healthy environment in the family, to be free from harmful diseases, and also to keep the ecological environment clean. The child becomes weak, anemia develops, body temperature rises to 37-37.5 degrees. In addition, body weight decreases, peripheral lymph nodes, lymph nodes in the jaw, armpits, neck, groin increase [1,2]. If such symptoms are observed, the child should be referred to an oncologist. Today, medical institutions in our regions have modern opportunities for early detection and treatment of oncological diseases in children. In the medical language, it is called a hemangioma. In addition, children have lymphangiomas, bone osteomas, and soft tissue formations in the form of



various spots [1]. These are safe tumors. However, some of them can turn into malignant tumors. Therefore, it is absolutely impossible for parents to try to eliminate such formations on the child's body as they know how, to try to remove moles or to try to lose them by applying various fats[4]. This can lead to serious consequences. If the child has such formations on his body, then the child should be examined by a specialist and follow the doctor's recommendations. When you enter families, if you give enough understanding to parents in this regard, you will make a worthy contribution to the protection of children's health. Papilloma is a viral disease. Some manifestations cause oncological diseases. In particular, the papilloma virus leads the development of cervical cancer in women[3]. Cervical cancer is the second most common cancer after breast cancer among women of all ages. According to statistics, in 2018 alone, about 570,000 new cases of cervical cancer were registered in the world. More than 311 thousand women die from this disease every year. In particular, thousands of women are diagnosed with cervical cancer in our country every year[5]. The best way to prevent the disease is vaccination.

FAVIRAVIR, THE MECHANISM OF ACTION ON RNA VIRUSES

**Author: Rakhmonov A.N. Tashkent Pediatric Medical Institute Scientific advisor:
Sharipova M.Z. Tashkent Technological University Purpose of the study**

Analysis of the properties of new broad-spectrum antiviral drugs affecting RNA-dependent RNA polymerase. To eliminate from the body the RNA-carrying pathogens of influenza, parainfluenza, hemorrhagic fever, etc. Material and research methods The chemical modification of pyrazine - Favipiravir has been tested for anti-influenza activity in cells in vitro. According to research data, it has demonstrated a powerful inhibitory effect on the RNA polymerase of the influenza virus of all subtypes and strains, even on neuraminidase and M2 inhibitors resistant. Due to the inhibition of RNA polymerase, this drug can have a detrimental effect not only on influenza viruses, but also on other RNA-containing viruses. Research results Favipiravir disrupts viral proliferation in the middle of the cycle. The presence of purine bases and purine nucleosides weakened its effect, and no antagonism was observed with pyrimidine nucleotides. Favipiravir activation occurs after incorporation into the cell. Once inside the cell, this drug is modified to favipiravir-RTP (phosphoribosylated), which is an active substance and interacts with viral RNA polymerase. The mechanism of interaction of favipiravir-RTP with the RdRp molecule (influenza RNA polymerase) has not been fully elucidated. According to some data, the drug can bind to conservative polymerase domains, preventing the inclusion of nucleotides for replication and transcription. In addition, according to available data, Favipiravir can induce lethal mutagenesis when infected with the influenza virus.

Conclusions

Favipiravir-RTP has no effect on DNA-dependent RNA or DNA polymerase. This indicates a preference for the drug for RNA viruses rather than DNA viruses or mammalian cells. Side effects: it has a risk of teratogenicity and embryotoxicity, which is extremely rare. Therefore, the Ministry of Health, Labor and Social Security has granted conditional permission for sale with strict rules for its production and clinical use. Favipiravir has

already been approved in Japan for the treatment of influenza and is being considered for use in USA. The available studies are more consistent with favorable human tolerance.

TO STUDY THE CAUSES OF DEVELOPMENT OF CONGENITAL NON-RHEUMATIC CARDITIS, TO CONSIDER ISSUES OF PREVENTION

**Samatova G.R, Tashkent Pediatric Medical Institute, Group 320, Faculty of Pediatrics and Medical Biology, Department of Pediatrics. Scientific leader: Zakirova A.M.
ToshPTI Faculty Department of Pediatrics 4- ShBKSh, Shaykhontohur district,
Tashkent city, Massiv Bog'kocha 20**

Purpose: To study the etiology and pathogenesis of non-rheumatic carditis in children, and thereby consider the issues of diagnosing the patient in the early stages of the disease. **Method and results:** Non-rheumatic carditis are an inflammatory disease of the heart that is not related to rheumatism. Infectious and non-infectious factors are involved in the etiology of the disease. In particular, viruses, bacteria, fungi, especially toxoplasmosis are important infectious factors. Non-infectious factors include physical, chemical, biological and allergoimmunolytic factors. Like other diseases, N.K. In its etiology, genetic predisposition takes the leading place. In the pathogenesis of the disease, a number of immunopathological processes develop in the body. Developed immunopathological reactions often have a damaging effect on one shell of the heart, on the myocardium. Due to immune factors, the contractile apparatus of the heart, vessel wall or connective tissue can also be damaged. Congenital non-rheumatic carditis is classified as early (at 4-7 months of fetal development) or late (after 8 months of fetal development) depending on when the fetus is infected. In particular, the early developer N.K. a child is born with less than normal weight, the skin is pale, the child has signs of cyanosis and restlessness during feeding. During the examination, the relative borders of the heart are shifted to the left, muffled heart sounds and non-constant systolic murmur are noted. In late-developing congenital NK, a child is born with a normal weight at birth, and in the following months of development, the child's weight gain decreases, the child has weakness and rapid fatigue, the heart borders are shifted to the left during the examination, arrhythmia is sometimes detected in the blockade, heart murmur is formed. Physical functional examinations are carried out because laboratory data provide little information in the diagnosis of the disease. In the blood analysis, the amount of IgM sometimes increases in the early stages, and the amount of IgG in later developed N.C. increases. **Research results.** In order to make a diagnosis of congenital NC in the early stages, it is very important to collect the correct anamnesis from the mother. Also, it is important to find out if there is a predisposition to this disease in the family tree. According to the causative factor, antibacterial, antifungal, and antiviral therapies are used in the treatment of the disease. Anti-inflammatory drugs, and in necessary cases, glucocorticoids are used. For the prevention of congenital NK during pregnancy, it is recommended to protect the mother and thereby the fetus from various infectious and complicating non-infectious factors, and in cases of hereditary predisposition, to stay under in-patient supervision. **Conclusion:** By diagnosing the disease in the early stages and taking preventive measures, it is possible to reduce the risk of the child being affected by this disease.

METHODS OF DISINFECTION OF THE RESIDUAL CAVITY AFTER REMOVAL OF THE FIBROUS CAPSULE IN THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

**Soliyev M.B., Qosimov A.L., Ikramova F.D., Jurayev G.G.
Andijan State Medical Institute**

The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of the use of antiseptic solutions in the treatment of the residual cavity of the fibrous capsule during liver echinococectomy.

Materials and methods of research: 17 patients with liver echinococcosis operated at the ASMI clinic from 2017-2019 were examined. The patients were divided into 2 groups. The I control group included 10 (58.8%) patients treated from 2017 to 2018, the II main group included 7 (41.2) patients operated on from 2018 to 2019. There were 8 men (47%) and 9 women (53%), more often parasitic cysts with a diameter of up to 10 cm (63.3%) and less often cysts up to 20 cm or more (36.7%) were detected. Ultrasound, CT, MSCT and laboratory research methods were performed. Cysts were localized in the right lobe of the liver in 9 (53%), in the left lobe in 6 (35.3%), and in the right and left lobes of the liver in 2 (11.7%). In group I, closed echinococectomy was performed in 3, open in 4, semi-closed in 3, of group II 7, closed in 3, open in 2 and semi-closed method was used in 2 patients. In group I, the residual cavity was treated intraoperatively with a solution of furacillin, and in group II with a 0.02% solution of decasan and 10% betadine for 3 to 10 minutes. In both groups, before and after treatment of the residual cavity, the contents of the cyst were taken for cytological examination. Native preparations were harvested and stained with hemotoxylin-eosin by Papanicolaou. Microscopic examination was carried out on a GVAN microscope manufactured in Belgium. The results of the study. In group I, the use of furacillin in the treatment of the residual cavity showed that at 5 minutes of exposure it did not have a detrimental effect on the scolexes and only after 10 minutes of exposure, 90% of the dead scolexes were noted because there were no torsions and thickening of the internal structure. At 3 minutes, a change in the shape of the scolex was determined in the direction of protrusion and swelling of the cell membrane, and at 5 minutes, the hermetic membrane was destroyed with a thickening of the cellular structure. Studies in group I showed that furacillin is an effective disinfecting drug for treating the cavity during surgery, however, after 10 minutes, the dead scolexes accounted for 90%. In group II, a 0.02% decasan solution in combination with 10% betadine was used in the treatment of the residual cavity. The use of 0.02% decasan in combination with 10% betadine showed that already at 3 minutes it had a detrimental effect on scolexes and at the same time 90% of the dead scolexes were identified. This was manifested by the fact that the secondary elements of echinococcus were immobile, intensely colored brown, and the internal structure was almost not differentiated. A study conducted at exposures of 5-10 minutes showed 100% dead scolexes. Conclusion. Thus, the cytological studies conducted indicated that a 0.02% solution of decasan and 10% betadine in its scolecidal effect was not inferior to a solution of furacillin, which was the basis for the use of residual cavity treatment as an effective disinfectant.



OPTIMIZATION OF ANTI-INFLAMMATORY THERAPY BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Sultanov Nodirbek Jasurzhan

**coals 4th year student of the Faculty of Medicine Scientific supervisor, associate
professor - A.G. Ganiev Andijan State Medical Institute Andijan, Uzbekistan**

The statistical processing of the material was carried out in Excel (group average and its standard deviation, criterion X² and student's criterion). Results and discussion. The average age of patients at the time of setting diagnosis in boys was 3.6 ± 0.7 g., in girls - 4.8 ± 1.6 g.. In 85.7% of children, until obstruction of asthma was established, obstructive bronchitis was observed. The average age of onset of asthma, based on the fixation of the first symptoms of obstruction, was 1.8 ± 0.3 g in boys. and in girls 2.8 ± 1.0 g. The time between the appearance of the first symptoms and the establishment of the diagnosis was insignificantly different and amounted to 2.0 ± 0.4 g. in boys and 2.3 ± 0.7 g. in girls. Most boys (67.3%) and girls (76.2%) were immediately diagnosed with severe asthma, others had asthma as mild and moderate, and then became severe. On average, from the time of the diagnosis of BA to the establishment of a severe course of the disease, 3.8 g passed. in examined children.

Most areas of the Andijan region are industrial. It is suggested that the adverse role of the external environment in the formation of the severe course of asthma plays a leading role. In addition, among children living in ecologically unfavorable areas since birth, the number of patients with severe asthma increases compared with children who arrived in an ecologically unfavorable area after 3 years of age. Confirmation of these facts obtained in our study. The largest number of children with severe asthma (32.9%) are in the age group of 3-6 years. Moreover, this distribution, mainly due to the boys - 38.8% of boys from the severe BA group are in the age group of 3-6 years. (28.6%) of girls are in the age group of 9-12 years old. The predominance of the age range of 3–6 years in the group of severe asthma in boys is due to the fact that the boys' lungs are late in structure development in early childhood compared with the lungs in girls. The male sex in this age period is associated with large lung volumes, but with proportionally narrow bronchi. When analyzing the age of onset of the first asthma symptoms, it was found that in 91.8% of boys the symptoms of the disease are found under the age of 3 years, against 66.7% of girls of the same age. Which is probably also associated with the anatomical features of the bronchi in boys. In hypoxia (a score of 7 or less on the Apgar scale) 54.3% of children with severe asthma were born, which is comparable with the comparison group - 59.1%. Mechanical ventilation of the lungs (ALV) at birth lasting more than 5 days was found in 5.7% of children with severe asthma and ranged from 10 days to 2 months. In the comparison group, mechanical ventilation was not performed at birth for more than 5 days. A history of pneumonia was more common in girls — 27.4% versus 17.1% in boys. Allergic rhinitis (AR) and food intolerance were insignificantly more common in boys (90.8% versus 74.8% for AR and 25.5% versus 15.3% for food allergies). Atopic dermatitis (AD) in severe asthma in boys was found in 47.9% of cases, whereas in girls only in 18% of cases.

The combination of AR and BP was significantly more common among boys (36.7%) with severe asthma than among girls — 14.9. A diverse allergic pathology among the relatives of patients with severe BA was found in 59%. Allergic diseases in mothers of

children with severe asthma were observed in 22.9%, against 12.5% in the comparison group. BA in mothers of children with severe asthma occurred in 8.6% of cases, whereas in the comparison group this indicator was 1.1%. The results obtained in the analysis of the spectrum of sensitization in severe BA in children are presented in tab. one. The table shows that in severe asthma sensitization to epidermal allergens (cat's fur, dog's and rabbit's fur) is significantly more common. Polyvalent sensitization occurred with a greater frequency and is also more common in children from the group of severe asthma. This fact is consistent with the studies of L.M. Ogorodovoy, who established that multivalent sensitization is a risk factor for severe BA. Sensitization to house dust mites, in contrast, was significantly more common in the comparison group. Thus, it is characteristic of severe asthma: a large percentage of sensitization among children to domestic, epidermal and pollen allergens. Sensitization to epidermal antigens, polyvalent sensitization, asthma in the mother of the child, mechanical ventilation for more than 5 days at birth are factors of severe asthma in children. In boys, asthma at an earlier date becomes severe.

DIAGNOSTIC CRITERIONS OF AUB IN ADOLESCENTS

Tillayeva Madina Abduqayum qizi

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan
Purpose of the study : Determination of diagnostic criterians of abnormal uterine bleeding in adolescents.

Material and research methods: We conducted our research in several polyclinics in the Yangi Hayot district of Tashkent. During our research, we examined a total of 25 adolescents between the ages of 11 and 16, divided into 2 groups. The 1st group consisted of 15 healthy girls as the control group, and the 2nd group consisted of 10 girls with abnormal uterine bleeding. All the girls had the following tests: taking history of disease, physical examination, laboratory testing (total blood count, coagulation testing, testing for vWd, hormonal testing), radiologic imaging (USE).

Research results: In the course of our research, it became clear that: the average age of menarche in 1st group is 13.2 years, in 2nd group it is 13.7 years, the regularity of the menstrual cycle is regular in all girls in 1st group, 70% of girls in 2nd group are irregular, the duration of menstruation in girls, in 1st group it was 3-8 days, 10-25 days in 2nd group, IBW was 21.1 kg/m² in 1st group, 23.5 kg/m² in 2nd group. A girl (6.67%) of the girls in 1st group had moderate anemia and 4 girls (26.67%) had mild anemia. In 2nd group, 4 girls had moderate anemia and 4 more had severe anemia. As a result of laboratory and instrumental examinations, the etiology of the disease was determined from the changes in the girls in 2nd group: immaturity of HPO in 6 girls (60%), PCOS in 2 girls (20%), hypothyroidism in 1 girl (10%), coagulopathy in 1 girl (10%).

Conclusion: To establish a diagnosis, it is necessary to collect a complete and detailed history, and which is extremely important obtain patients consent as much as possible. A complete gynecological examination and a complete physical examination can identify any general disease that can cause a violation of the hormonal function of the reproductive system. Ancillary studies, such as ultrasound of the pelvic organs, can exclude the presence of volumetric formations of uterus and ovaries.

SURGICAL CORRECTION OF AORTIC COARCTATION IN DIFFERENT AGE GROUPS

Turaev B.B.1,2, Abralov Kh.K.2, Ibragimov N.Sh.1

1 Department of cardiac surgery, Tashkent Pediatric Medical Institute Hospital, Tashkent, Uzbekistan 2 Department of Congenital Heart Defects, Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V. Vakhidov.

Introduction: Coarctation of the aorta (CoA) is a congenital heart defect that occurs when a section of the aorta, the main artery that carries blood from the heart to the rest of the body, becomes narrow. CoA requires prompt correction to prevent significant morbidity and mortality. While surgical intervention is the standard treatment for this condition, the optimal timing for intervention, particularly regarding age, remains controversial.

Aim: This abstract aims to explore the surgical correction of CoA in different age groups, analyzing the outcomes, complications, and long-term prognosis of CoA repair in

Contingency Tables

Age groups	Operation type groups				Total
	EEA	AP	EEEE	PIG	
1	12	5	29	0	46
2	5	4	6	0	15
3	7	16	0	2	25
4	3	27	0	4	34
Total	27	52	35	6	120

χ^2 Tests

	Value	df	p
χ^2	71.6	9	< .001
N	120		

Table 1. Comparison (Chi-squared) test between age and operation type groups

neonates, infants, children, and adults.

Materials and methods: A retrospective cohort study was performed. Medical records and CT scans were analyzed retrospectively and all relevant information and CT scan measurements about 120 patients, who underwent four different types of surgical repair of coarctation of aorta between 2012-2022 was acquired to perform statistical analysis. All statistical analysis was performed using SPSS and Jamovi applications. **Results:** 120 patients (85 males, 70.8%), with median age of 39 months (IQR=133, range from 12 days to 48 years), who diagnosed with isolated CoA. Patients were divided in to 4 groups according their age during the operation: group 1 – infants until 1 year of age (46 patients, 38.3%), group 2 – from 1 to 3 years of age (15 patients, 12.5%), group 3 – from 3 to 10 years of age (25 patients, 20.8%), group 4 – patients who were over 10 years of age (34 patients, 28.3%). They underwent 4 different types of surgical repair through left thoracotomy: resection with end-to-end anastomosis (EEA, in 27 patients, 22.5%), aortoplasty using ‘Goretex’ patch (AP, in 52 patients, 43.3%), resection with extended end-to-end anastomosis (EEEE, in 35 patients, 29.2%) and Prosthetic Interposition Graft (PIG, in 6 patients, 5%). Intraoperative mortality was 0.8% (1 patient). ANOVA test showed that, operation time and aortic cross clamp time were significantly more in group 4 ($p=.008$ and $.004$, respectively) and post-operative mean pressure gradient on the coarctation site were significantly higher in group 3 (23.06 mmHg) and group 4 (17.05 mmHg) than group 1 (12.92 mmHg) and group 2 (12.95 mmHg), $p= 0.008$. post-operative ICU and hospital stay did not show any significant difference between age groups. Chi-square test showed, LV hypokinesia occurred more in group 1 (9 patients), while other groups had 3 patients each ($p=0.05$). Operative techniques used differently according to age groups: Table above (table 1) showed that, EEEA is used in group 1 more than other groups, while this method was not used in group 3 and 4. It can be explained that, it is technically difficult to move the aorta in older patients, therefore AP was used more in this patients. PIG is used in older patients, it is axiomatic that, prosthetic graft size does not change by time, and small patients who had underwent PIG would require another operation, graft exchange after some time, because of small size. **Conclusion:** the present study showed that, patients who underwent surgery in younger ages showed better results with lower post-operative pressure gradient on the coarctation site. Besides that, operation time and aortic cross clamp time were significantly longer in older patients. LV dysfunction tends to develop in infancy. Therefore, it is suggested that, surgical repair of CoA should be performed as soon as possible during infancy. Choosing of surgical method highly depends on patients age.

HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Tursinbaeva Z.B., Akramova M.U.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent city

Purpose of the study: Hepatocellular carcinoma (HCC) is the most common type of primary liver cancer. Hepatocellular carcinoma occurs most often in people with chronic liver diseases, such as cirrhosis caused by hepatitis B or hepatitis C infection.

Material and research methods: Hepatocellular carcinoma occurs in approximately 85% of patients diagnosed with cirrhosis. HCC is now the fifth most common cause of cancer worldwide. Significant risk factors for hepatocellular carcinoma include viral hepatitis



(hepatitis B and hepatitis C), alcoholic liver disease, and non-alcoholic liver steatohepatitis/non-alcoholic fatty liver disease. Patients with HCC represent a heterogeneous and challenging-to-treat group given the presence of underlying liver dysfunction and a concomitant malignancy. HCC occurs in 80%-90% of patients with cirrhosis. Increasingly, people diagnosed with HCC have a liver condition that sometimes leads to cirrhosis called metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD). In the beginning, hepatocellular carcinoma grows slowly. Surgery to remove the tumor or a liver transplant can treat HCC in its early stages. But most people don't learn they have it until it's advanced and spreading more quickly. Eventually, it can lead to liver failure. At this point, HCC is challenging for providers to treat. Hepatic complications of hepatocellular carcinoma include hepatic encephalopathy, portal vein thrombosis, worsening ascites, variceal bleeding, obstructive jaundice, and pyogenic liver abscess. Intraoperative bleeding is a life-threatening complication of HCC.

Tests to help confirm a diagnosis include:

Blood tests: Your provider may check your blood for signs of HCC, like high alpha-fetoprotein (AFP) levels. Elevated AFP may signal HCC or a condition that can lead to HCC, like a hepatitis infection or cirrhosis of the liver. **Imaging scans:** Imaging procedures, like an ultrasound, computed tomography (CT) scan, magnetic resonance imaging (MRI) or angiography can show tumors (or signs of a tumor) inside your liver. **Liver biopsy:** Your provider may biopsy a liver tumor to test the tissue for cancer cells. You may need this test if your bloodwork results and imaging scans aren't definitive enough for a diagnosis. The pathophysiology of HCC is a complex multistep process. The interplay of various factors is at the origin of the early steps of hepatocyte malignant transformation and HCC development. These factors include a genetic predisposition, reciprocal interactions between viral and non-viral risk factors, the cellular microenvironment and various immune cells, and the severity of the underlying chronic liver disease. An altered microenvironment is a key enabling characteristic of cancer and is known to participate in all stages of malignant progression, from the initial transformation phases, through to invasion and, ultimately, to metastasis. **Research results:** Chronic liver inflammation and injury contribute significantly to the development and progression of HCC. Several factors such as gender, age, ethnicity, and demographic regions increase the HCC incidence rates and the major risk factors are chronic infection with hepatitis B virus (HBV) or hepatitis C virus (HCV), carcinogens (food contaminants, tobacco smoking, and environmental toxins), and inherited diseases. In recent years evidence highlights the association of metabolic syndrome (diabetes and obesity), excessive alcohol consumption (alcoholic fatty liver disease), and high-calorie intake (nonalcoholic fatty liver disease) to be the prime causes for HCC in countries with a westernized sedentary lifestyle. HCC predominantly occurs in the setting of chronic liver disease and cirrhosis (80%), however, 20% of the cases have been known in patients with non-cirrhotic liver. It is widely believed that there exist possible interactions between different etiological agents leading to the involvement of diverse mechanisms in the pathogenesis of HCC. Understanding the molecular mechanisms of HCC development and progression is imperative in developing effective targeted therapies to combat this deadly disease. Noteworthy, a detailed understanding of the risk factors is also critical to improve the screening, early detection, prevention, and management of HCC. Hepatitis B virus- Hepatitis B virus (HBV) is an enveloped virus, partially double-stranded virus, circular



DNA genome, and belonging to the family Hepadnavirus. Hepatitis B affects more than 250 million individuals worldwide and is the most common cause of chronic hepatitis worldwide. Integration of the hepatitis B virus genome into the host genome is the primary pathogenesis for oncogenesis in HBV. Insertion of viral genome in telomerase reverse transcriptase (TERT) promoter sites of the human genome resulting in mutation accounting for 60% of HCC cases. The Hepatitis B virus and the Hepatitis C virus infection accounts for 56 % and 20% of HCC cases diagnosed worldwide, respectively. HCC can occur in the absence of cirrhosis in patients infected with the hepatitis B virus infection. More than 80% of HBV-related HCC have underlying cirrhosis. A strong risk predictor for hepatocellular carcinoma in patients with HBV includes elevated serum HBV DNA levels (equal to or more than 10,000 copies/mL). This is independent of the hepatitis B e antigen (HBeAg) status of the patient. Also, the positivity of the hepatitis B e antigen is associated with an increased incidence of HCC. This may be an indicator of a prolonged replication phase. HBV genotype C is associated with an increased risk for HCC. Patients with low hepatitis B virus load but high levels of hepatitis B surface antigen (HBsAg) with levels of more than 1000 IU/mL are significantly associated with HCC. Viral coinfection with the hepatitis C virus and the hepatitis delta virus increases the risk for the development of HCC.

Hepatitis C virus- Hepatitis C virus (HCV) is a partially double-stranded, plus-sense RNA virus with 11 major genotypes, and 15 different subtypes. HCV genotype 1b is frequently associated with HCC. HCV does not integrate with the host genome. Cirrhosis is a significant step in viral carcinogenesis for HCC. Chronic inflammation in chronic hepatitis C virus infection with subsequent fibrosis, necrosis, and regeneration contributes to HCC development. Molecular markers noted in liver carcinogenesis include viral structural and non-structural proteins (NS3, NS4A, NS4B, NS5A, and NS5B). HCV-associated HCC mostly occurs in patients with cirrhosis or advanced stages of fibrosis. Fewer cases of HCV-related HCC have been documented in patients without cirrhosis. 20% of HCC cases diagnosed worldwide are caused by HCV. Viral coinfection with the hepatitis B virus is associated with increased risk for HCC. Hepatocellular carcinoma is a malignant tumor of the hepatocytes. Cytological features depend on the differentiation of hepatocytes. From well-differentiated to poorly differentiated HCC. The trabecular architectural pattern is the commonest. Other patterns include pseudoacinar (acinar with proteinaceous material), compact and sarcomatoid.

Hepatitis D virus (HDV) is an RNA virus that requires the presence of HBV surface antigens for its replication and, therefore, for infectivity. HDV is estimated to affect 20–40 million people globally and is associated with a more severe course of liver disease, including increased fibrosis and risk of cirrhosis, than patients with HBV infection alone. Similarly, several cohort studies suggest that HBV/HDV co-infection is associated with an increased risk of HCC compared with HBV infection alone. Conclusion: HCC is a highly fatal cancer driven by multiple etiological factors, among which, fatty liver disease is emerging as a major cause worldwide. Based on the pathogenic origin, NAFLD has been strongly associated with glucose and lipid metabolism, whereas AFLD has been associated with a strong inflammatory response. NAFLD and AFLD share common molecular mechanisms in promoting HCC development, which involves vicious interplay between various pathways including immunological pathways, endocrine pathways, and metabolic pathways. However, there still exists a gap in the knowledge in understanding the molecular

mechanisms of inflammation, genetic and epigenetic regulations, and genomic instability leading to hepatocarcinogenesis. Indeed, a comprehensive understanding of these diseases would aid in the identification of biomarkers and therapeutic targets leading to early detection and management. Albeit, NAFLD- and AFLD-associated HCC are major challenging public health issues, it is preventable. The widely implemented curative approach is lifestyle alteration involving modifications in dietary habits and improving physical activity in case of NAFLD and alcohol abstinence in AFLD. Further personalized treatment strategies could improve healthcare and quality of patient care, thereby reducing the mortality rate. Alternatively, strategies like pharmacological treatment and bariatric surgery are also considered in patients unresponsive to lifestyle changes. In conclusion, the emergence of the HCC is the result of a multifactorial process involving cirrhosis, HBV and HCV infection, alcohol consumption, presence of NAFLD or NASH, ingestion and exposure to fungal aflatoxins, tobacco, and genetic factors. Depending on the disease stage, there are several curative and/or palliative treatments, such as surgical resection, ablation, transplantation, chemoembolization, and Sorafenib, an oral multikinase inhibitor with anti-angiogenic and anti-proliferated effects, being widely used and bringing favorable results, with good cure rates and low relapse. However, all treatments can bring side effects that impair the quality of life of the patients. Therefore, researchers have sought new molecular biomarkers with enhanced sensitivity and reliability, such as the GP73, GPC3, OPN, and microRNAs. The microRNAs can regulate different cellular pathways, which are closely linked to the tumor progression and angiogenesis, facilitating the diagnosis, prognosis, and therapy of HCC. A better understanding of these biomarkers facilitates the diagnosis of HCC to significantly benefit patients by the discovery of new drug target and subsequent increase in the cure rate. So, further studies are needed in order to fully understand the hepatic carcinogenesis.

IMAGING CHARACTERISTICS OF INACTIVE PITUITARY ADENOMAS

Khalimova Zamira Yusupovna Kholova Dilorom Sharifovna

**Republican specialized scientific and practical medical center Endocrinology Ministry
of Health of the Republic of Uzbekistan named after academician Y.X.Turakulov,
Tashkent**

Target. For modern endocrinology, the question of early diagnosis of formations of the hypothalamic-pituitary region is important, since even highly informative computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI), as well as clinical laboratory, enzyme immunoassay, hormonal studies do not give the correct answer up to 30 - 55 % of cases, and with microadenomas (tumor sizes up to 10 mm) 80-90% of cases. Based on the above, the purpose of this study was to study the structure of inactive pituitary adenomas in MRI studies in patients with a verified diagnosis.

Material and methods. The study included 325 patients with inactive pituitary adenoma (145 women and 180 men aged 18 to 70 years (44.5 ± 3.85 years). Mean age 15-70 (43.6 ± 3.84) years. Disease duration from the moment of diagnosis based on anamnesis and MRI studies from 1 to 15 years.

Results and discussion. The studied patients had adenomas with intrasellar -74, parasellar - 41, infrasellar - 23, infraparasellar - 26, suprasellar - 14, supraparasellar - 25, suprainfrasellar - 13, suprainfraparasellar - 12, suprainfraparasellar - 97. In MRI study, the structure of pituitary adenomas was predominantly solid (n=269) and cystic (n=31). In 25 cases, the structure of pituitary adenomas was represented by a hemorrhagic component, and in 32 of them both cystic and hemorrhagic components were present. In 271 cases, the tumor structure was relatively homogeneous, in 54 - heterogeneous. MRI images of 54 patients with IPA had hypointense on T1 and isointense on T2-weighted images, 204 cases were hypointense on both T1- and T2-weighted images, 28 tumors were hypointense on T1-weighted images and hyperintense on T2-weighted images. weighted images, 11 cases were isointense on T1-weighted images and hypointense on T2-weighted images, and 9 cases were isointense on T1-weighted images and hyperintense on T2-weighted images.

Conclusion. Thus, during MRI examination, the majority of inactive pituitary adenomas had intrasellar (29.8%) and suprainfraretrosellar (19.7%) distribution, in 82.8% of cases they had a solid structure, in 7.7% of cases they contained cystic inclusions, in 9.5% - hemorrhagic component. The MR signal from the adenoma tissue is predominantly hypointense, both on T2-weighted images (66.2%) and T1-weighted images (88.0%). Differences in MRI images depending on the size and extent of the spread of inactive pituitary adenoma were not revealed. The provisional diagnosis of "Inactive pituitary adenoma", established on the basis of clinical, hormonal and neuroimaging examination of patients, may not be confirmed by morphological examination of the removed tumor tissue, which suggests that the clinical term "inactive pituitary adenoma" may include various nosological units and only morphological studies can currently be the only reliable criterion in confirming the diagnosis of inactive pituitary adenoma.

STOMATOLOGICAL TREATMENT OF MALOCCLUSION

**Halmanov Bakhodir Abdirashidovich., Suvonov Kayim Jahanovich
Tashkent State Dental Institute**

Abstract: In the stomatology practice, such illnesses which can be treated the Orthopedic method. In the stomatology from various kinds of bites with one of often meeting pathology borrows a cross bite and a deep bite. The treatment of cross bite and a deep bite is provided with the age of the patient, a degree and localization of defect. Treatment of cross bite and a deep bite provides several kinds of treatment like as a both orthopedic and orthodontic treatments. In some cases on a number with surgical intervention is supposed with an orthopedic treatment. At treatment of cross bite and a deep bite, there are probably has begun treatments of disease by orthodontic treatment which lead to prosthetics. A technique of our treatment is supposed and a deep kind of overlapping of a bite at which cutting edges of the bottom cutters injure a mucous membrane of the sky and of the buccal. In turn cutting edges of the top cutters injure mucous membrane vestibular parts of the bottom jaw. And also meets paradontoz in the field of chiseling the bottom jaw. Where, paradontoz is supposed shaking of a teeth down to the fourth degree. The choice of an artificial limb provides studying clinical position of teeth.

Intraduction



Despite the achievements of orthopedic stomatology in the field of a deep and cross bites, still the problem of its treatment remains actual. At a cross and deep bites are observed morpho-functional and aesthetic infringements in maxillofacial area. A choice of treatment way depends from the overlapping degree of a deep bite. In most cases of our supervision the degree of deep overlapping of a bite reaches a mucous membrans of the sky. Exist bone and dental alveolar forms of anomaly at which medical actions of various volume and sequence are necsserary. Fromadult patients for short time of treatment of deep overlapping of a bite to the order joint use therapeutic and surgical intervention it is achieve in positive results. At a cross and deep bites to us cases of restriction of chewing function of the bottom jaw are known. The given restrictions do not concern otrogmatic a bite. After our orthopedic treatment the degree of a bite gets the gormortognatic. In some cases in clinical-laboratory analyses of patients give negative indications to implantation. In such cases, because the application of metal-ceramic artificial limbs. The scheme of the working plan is put on received model. The following stage of therapeutic work provides itself removal of teeth nerves. The following stage of work stipulates surgical intervention, namely, truncation of an alveolar shoot. As a result above mentioned treatment forms, after disappearing hypostases and a redness the orthopedist starts mould removal.

Methods and Matetial

Orthopedic treatment has been applied to performance of tasks in view to 25patients with a and cross deep bites.From of them there investigated like as 15 women, 10 men, in the age of from 16 till 40 years. At observable patients parameters , chewing efficiency , and also radiological ortopontomagram are lead to gnatodinamometric . Except for it have been prepared maxillary model the patient. For an estimation of paradont endurance we use electronic gnatodinamometr. Results gnatodinamometric fixed of an easy pain in the field ogparadonta an investigated tooth. In total we had been investigated 317 teeth . For reception ortopontomagramma, the X-ray device of firm „Siemens,, a doze 76-kV, an exposition 21 with , time of development of 5-7 minutes have been used. With a view of revealing a degree of chewing efficiency the traditional method of treatment has been used. The sizes and the scheme of the future position are put on prepared model. Observable patients have been divided on two groups. From a pathology of a deep bite in forward group 17 patients have been surveyed. From a pathology of a deep bite in the mixed group 8 patients have been surveyed . At 6 patients as a result of a trauma-chewing , at 5 patients as a resalts of illness paradonta forward and lateral teeth have been removed . Under clinical indications of patients the complex of orthopedic treatment has been rendered. In some cases on area of a chewing teeth necessary artificial limbs also have been put.

Result and Discussion

There have been carried out researches of reserve forces of paradonts of the healthly teeth, the ground teeth before removal of nerves. At teeth with the removed nerves a parameter of reserve force paradonts reached up to 84-90%. At estimation of the X-ray testing , there paid attention to the height of inter-alveolar partitions, the form of their tops , structure of spongy substances, the conditions of cortical plate , a kind rezorbsy of bone fabrics. According to X-ray pictures and also dental roots have been taken measurements . According to that , the size of alveolar, shoot was shortened . According to length of the root , it is prepared cast sprig heads . At the subsequent stage it is made on cast pin heads made by metalceramics . With a view of stability of the cement basis additional notches

have been put on pins. The received results have shown increase of chewing force on 24% of 36%.

EPIDEMIOLOGICAL FACTORS IN THE SPREAD OF MEASLES IN ANDIJAN REGION

Student 504 group Javed Muhammad Owais Scientific supervisor , Assistant Shokolonova Nodirakhon Andijan State Medical Institute. Department of Infectious Diseases

Before the introduction of mass vaccination, in the middle of the 20th century, large epidemics of measles occurred every 2-3 years. More than 90% of children under the age of 10 were infected with measles. The disease can occur at any time of the year. Most cases occur in autumn, winter and spring. Purpose of the study: to determine epidemiological factors in the spread of measles in Andijan region. Material and research methods: In our epidemiological investigation, there were 72 patients who were treated in Andijan regional hospital of infectious diseases. Epidemiological, operational and retrospective methods of investigation were used. Research results. Most of the patients were young children. Adults were less likely to get the disease. Children under 3 years old - 49 68%, children under 14 years old - 11 15.3%, children under 30 years old - 12 made 16.7%. The majority of children under the age of 3 were unvaccinated children. Among the children under the age of 14, there were vaccinated and partially vaccinated children. Among adults, the disease is mainly those who have more than 2-3 cases in their family. Vaccination data were also obtained during the investigation. This information was also studied in 3 groups. Group 1. The number of people vaccinated 2 times was 4 and made 5.6%. These are seronegative contingents that have been vaccinated but have not developed humoral immunity in response to the vaccine. Group 2. The number of people vaccinated once was 22 and made 30.6%. Children who are frequently sick are 13 -59%, followed by those who have been vaccinated for more than 10 years - 9 - 40.9%. Group 3. The number of unvaccinated persons was 46 - 63.9%. When interviewing those who were not vaccinated, 6-13% had a reaction to vaccination in their family anamnesis, 26-56.5% were the majority who refused vaccination due to religious attitudes. Another reason for non-vaccination was neglect, 8-17.3%, those who did not show up when called for vaccination and had no idea about this disease made up 6-13% Summary. The results of the investigation show that the results of the epidemiological survey of each infected patient were of special importance. In the analysis by age, the majority were unvaccinated children. In conclusion, timely implementation of vaccination leads to a decrease in the morbidity rate.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF CHOOSING THE OPTIMAL OPTION OF CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN WITH MYOPIA

Yangiyeva S.A.1, Rajabiy M.2, Agzamova S.S.

**Tashkent State Dental Institute 1Clinical resident of the 2st course, of Ophthalmology
Department 2 4th year student of the Dentistry Faculty**

The aim of the study was to analyze the outcome of pregnancy and childbirth management tactics in women with myopia.

Materials and Methods. The study involved 100 pregnant women (183 eyes) with myopia of varying severity aged 19-34 years. There were formed two clinical groups. The main group included 48 women (87 eyes) with varying degrees of myopia who were continuously seen by an ophthalmologist and had undergone peripheral prophylactic laser photocoagulation of the retina before pregnancy. Control group - 52 women (96 eyes) who for various reasons had not been seen by an ophthalmologist and applied for the first time.

Results and Discussion. On the basis of data analysis, it was determined that in the main group 11 (22,91%) cases had myopia of mild, 20 (41,67%) - moderate, 17 (35,42%) - high degree. In the control group: in 12 (23.08%) cases there was myopia of weak, in 19 (36.54%) - medium, in 21 (40.38%) - high degree. During pregnancy, 5 (10.42%) patients in the main group had early gestosis, 8 (16.67%) had moderate anemia, 6 (12.50%) had threatened abortion at 12-14 weeks, and 10 (20.83%) had fetoplacental insufficiency (FPN). In 19 (39.58%) women the pregnancy progressed favorably. In the control group, 7 (13.47%) had early gestosis, 11 (21.15%) had FPN, 9 (17.30%) had mild anemia, and 4 (7.69%) had threatened preterm labor at 32-34 weeks. Twenty-one (40.39%) women had uncomplicated pregnancy. Most of the pregnant women sought counseling at 8-12 weeks (48%) and 34-36 weeks (29%) of pregnancy. The analysis of determining the duration of women's consultation depending on the different degrees of myopia severity showed that the highest rates of 23 (47.91%) were observed in women of the main group at 8-12 weeks of pregnancy, while in patients of the control group these rates were lower by 3 patients (20 (38.46%). At 34-36 weeks, the highest rate of treatment was recorded in women of control group 11 (21.15%), whereas in the main group these rates were lower by (18.75%). Thus, it was found that, despite the prenatal period, women with a high degree of myopia apply for a full ophthalmologic examination at 34-36 weeks of pregnancy, which, in the presence of changes in the ocular fundus, may lead to complications from the visual organ.

At ophthalmoscope examination, ocular fundus changes were observed in the majority of patients 73 (73%). The greatest number of changes were in the form of retinal dystrophy in 40 (54,05%) patients, the second place was occupied by angiospasm of retinal vessels - in 18 (24,32%), the smallest number was observed in the form of retinal angiopathy in 11 (14,86%) and retinopathy with hestosis - in 4 (5,4%) patients. 37 women in the main group with medium and high degree myopia underwent prophylactic peripheral laser photocoagulation of the retina at 28-30 weeks of gestation to prevent retinal detachment and natural childbirth was recommended. Fifty-two women in the control clinical group were also diagnosed with retinal dystrophic changes during pregnancy, but due to a number of reasons, they did not undergo retinal laser photocoagulation. This category of women, according to the ophthalmologist's recommendation, was shown to exclude the postpartum

period of labor. The using of peripheral retinal laser photocoagulation enabled 37 pregnant women to avoid cesarean section even in the presence of ocular changes. **Conclusion and Conclusions:** It is advisable to perform prophylactic peripheral retinal laser photocoagulation in pregnant women with peripheral chorioretinal dystrophy at 28-30 weeks, namely 6-8 weeks before delivery. The using of peripheral laser photocoagulation of the retina allowed to reduce the percentage of abdominal delivery and, consequently, to reduce the risk of complications during cesarean section.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SPATIAL CONTRAST SENSITIVITY AFTER LASER OPERATIONS "LASIK" AND "FEMTO-LASIK" FOR HIGH MYOPIA.

Inomjonova M.I.

**Master of the department of “Ophthalmology” of the Tashkent Medical Academy
Narzikulova Kumri Islamovna Scientific adviser – d.m.c. docent (assistant of professor), Tashkent Medical Academy**
Key words: LASIK, Femto-LASIK, Spatial contrast sensitivity (SCS), Pelli-Robson chart

Introduction. Nowadays, myopia has become the most common visual disease throughout the world, which is successfully corrected by flattening the thickness of the cornea using excimer laser technology. Spatial contrast sensitivity (SCS) is the ability to perceive sharp and clear contours of small objects and is used to determine the quality of vision after refractive surgery.

Purpose. Comparative assessment of changes in SCS after LASIK and Femto-LASIK surgeries in patients with high myopia.

Materials and methods. The research work included 34 patients (52 eyes), divided into 2 groups: 1st group - 20 patients - LASIK surgery was performed, 2nd group - 14 patients operated on with the Femto-LASIK method. The age of the patients was 18 - 35 years. Inclusion criteria: patients with myopia (SE) $(-6,25-(-)8,75$ diopters, central corneal thickness 518-656 μm . Exclusion criteria: corneal dystrophy. All patients underwent the following studies: vision assessment using the LogMAR chart, autorefractometry, ophthalmoscopy and tonometry, keratotopography, SCS testing using the Pelli-Robson chart before and after surgery. The logarithmic value of the SCS of the last triplet was taken into account, which is used to calculate the indicators of the last line seen (at least 2 letters). The brightness was 85 candelas/m² (acceptable range from 60 to 120 cd/m²).

Results and discussion. There was an increase in SCS 1 week after Femto-LASIK, which reached a max. values (0.95 ± 0.09) by 6 months of observation. At 1 week and 6 months after LASIK, sensitivity gradually increased (0.84 ± 0.11) , but the values were not significantly lower than in patients after Femto-LASIK. There was an increase in SCS at all spatial frequencies in patients with LASIK within 1 week, and 1 month after surgery there was a decrease in its values at certain spatial frequencies, which reached normal values 6 months after surgery. Femto-LASIK patients experienced statistically non-significant increases in SCS at specific spatial frequencies after 1 week. After 6 months, in this group,

the SCS at all spatial frequencies increased, but did not differ significantly from the indicators of the postoperative period.

Conclusions. It was detected dramatically increase in SCS in the postoperative period in patients of both groups. The sensitivity of contrast vision rose dramatically from about 0,22 to 0,89 after LASIK surgery. However, the same index with the same parameters saw a rapid increase from 0,23 onward to just over 0,95 after Femto-LASIK surgery. Postoperative SCS values were lower in patients in the LASIK group, which was related to processes of corneal epithelization. The SCS was improved after Femto-LASIK surgery, which led to a significant increase in the visual acuity of patients.

RELATIONSHIP OF THE INFLUENCE OF HOSPITALIZATION AND THROMBOLYTIC THERAPY ON THE OUTCOMES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

O.M. Makhsudov.

**Assistant of the Department of Propaedeutics of Internal Diseases Andijan State
Medical Institute Andijan, Uzbekistan.**

Relevance. The establishment of effective interventions for the care of patients with acute myocardial infarction through the study of registry data can improve the quality of care for patients with MI. According to the data of the register of acute myocardial infarction (AMI) conducted among those admitted to hospitals in Andijan region, a number of features of medical care have been identified. **Purpose of the study.** Study of the influence of the routes of admission of patients with AMI to the hospital and the administration of thrombolytic therapy to their disease outcomes. **Material and methods.** The data of 152 patients with AMI admitted to hospitals in the Andijan region within the framework of the register of this category of patients were analyzed. The study included male and female individuals aged from 25 to 81 years, the average age was 62.4 ± 8.2 years. The basic parameters of patients were copied from medical records. The diagnosis of AMI was made according to the definition of VNOK (2009). The indicators of the two areas were compared. Mathematical, population and statistical methods were used. **Results and its discussion.** Of the total number of patients, 109 (72%) were admitted to the hospital by emergency medical care (EMS), and the remaining 43 (23%) were admitted to the hospital by gravity (ST). If in the Fergana region the ratio of admission routes to hospital (SMP/ST) was 81/19 percent, then in the Andijan region it was 65/35 percent ($p > 0.05$). There were no gender differences identified for this indicator in the two regions being compared. This is probably due to the large number of patients admitted to the emergency department in the early stages of the disease, when deaths are more common than in the later stages. **Conclusion.** With the predominant admission of patients with AMI to the hospital by emergency medical services and their more complete coverage with the effective use of TLT, mortality rates from this pathology in regions with similar climatic and demographic characteristics are noticeably improved.

**METHODS OF DISINFECTION OF THE RESIDUAL CAVITY AFTER
REMOVAL OF THE FIBROUS CAPSULE IN THE SURGICAL TREATMENT OF
LIVER ECHINOCOCCOSIS**

**Soliyev M.B., Qosimov A.L., Ikramova F.D., Jurayev G.G.
Andijan State Medical Institute**

The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of the use of antiseptic solutions in the treatment of the residual cavity of the fibrous capsule during liver echinococectomy.

Materials and methods of research: 17 patients with liver echinococcosis operated at the ASMI clinic from 2017-2019 were examined. The patients were divided into 2 groups. The I control group included 10 (58.8%) patients treated from 2017 to 2018, the II main group included 7 (41.2) patients operated on from 2018 to 2019. There were 8 men (47%) and 9 women (53%), more often parasitic cysts with a diameter of up to 10 cm (63.3%) and less often cysts up to 20 cm or more (36.7%) were detected. Ultrasound, CT, MSCT and laboratory research methods were performed. Cysts were localized in the right lobe of the liver in 9 (53%), in the left lobe in 6 (35.3%), and in the right and left lobes of the liver in 2 (11.7%). In group I, closed echinococectomy was performed in 3, open in 4, semi-closed in 3, of group II 7, closed in 3, open in 2 and semi-closed method was used in 2 patients. In group I, the residual cavity was treated intraoperatively with a solution of furacillin, and in group II with a 0.02% solution of decasan and 10% betadine for 3 to 10 minutes. In both groups, before and after treatment of the residual cavity, the contents of the cyst were taken for cytological examination. Native preparations were harvested and stained with hemotoxylin-eosin by Papanicolaou. Microscopic examination was carried out on a GVAN microscope manufactured in Belgium.

The results of the study. In group I, the use of furacillin in the treatment of the residual cavity showed that at 5 minutes of exposure it did not have a detrimental effect on the scolexes and only after 10 minutes of exposure, 90% of the dead scolexes were noted because there were no torsions and thickening of the internal structure. At 3 minutes, a change in the shape of the scolex was determined in the direction of protrusion and swelling of the cell membrane, and at 5 minutes, the hermetic membrane was destroyed with a thickening of the cellular structure. Studies in group I showed that furacillin is an effective disinfecting drug for treating the cavity during surgery, however, after 10 minutes, the dead scolexes accounted for 90%. In group II, a 0.02% decasan solution in combination with 10% betadine was used in the treatment of the residual cavity. The use of 0.02% decasan in combination with 10% betadine showed that already at 3 minutes it had a detrimental effect on scolexes and at the same time 90% of the dead scolexes were identified. This was manifested by the fact that the secondary elements of echinococcus were immobile, intensely colored brown, and the internal structure was almost not differentiated. A study conducted at exposures of 5-10 minutes showed 100% dead scolexes.

Conclusion. Thus, the cytological studies conducted indicated that a 0.02% solution of decasan and 10% betadine in its scolecidal effect was not inferior to a solution of furacilin, which was the basis for the use of residual cavity treatment as an effective disinfectant.



ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ ВА ИММУНОГИСТОХИМИЯСИ

Рахманова Н.С.

Андижон давлат тиббиёт институти

Патологик анатомия ва суд тиббиёти кафедраси докторанти

Муаммонинг мақсади. Ўпка гамартомаси нафас тизими аъзоларининг камида икки хил мезенхимал тўқималаридан пайдо бўлувчи хавфсиз ўсимта ҳисобланади. Кўпинча мезенхимал генезли тўқималардан тоғай, бириктирувчи, ёғ ва силлиқ мушак тўқималаридан пайдо бўлади. Ўпка гамартомаси кўпинча 30-70 ёшли инсонларда, кам ҳолларда болалар ва чақалоқлар ўпкасида ҳам пайдо бўлиши аниқланган. Ўпканинг барча хавфсиз ўсмалари орасида 60-64% ҳолларда гамартомалар аниқланади. Турли муаллифлар маълумотлари бўйича аутопсия текширувларида бор-йўғи 0,025-0,32% ҳолларда ўпка гамартомаси топилади, аёлларга нисбатан эркаларда 2-4 баробар кўп учрашлиги кузатилади. Периферик гамартомалар 3 баробар кўп ҳолларда олдинги сегментларида жойлашганлиги, кўпинча чапга нисбатан ўнг ўпкада учрашлиги тасдиқланган.

Ўпканинг лейомиоматозли гамартомаси 1953 йили Cruickshank et al. томонидан ёзиб қолдирилган. Бу турдаги гамартома хондроидли гамартомага нисбатан жуда кам ҳолларда учрайди. Адабиётларда ушбу турдаги гамартома ҳар хил номланади, жумладан “аденолейомиоматозли гамартома”, “фибролейомиоматозли гамартома”. Лейомиоматозли гамартома кўпинча таркибида эпителий тўқимасини сақлайди, 64,5% ҳолларда без эпителийси, 28,6% ҳолларда тукли эпителий, кам ҳолларда базал эпителий хужайралари мавжудлиги аниқланади. Иммуногистокимёвий текширув натижаларида аниқланишича, гамартома таркибидаги эпителийда TTF1, SPA, KRT маркерлар позитив, p53, CD99, CD34, BCL2, ва STAT6 маркерлар манфий ва хужайралар пролиферацияланишини кўрсатадиган Ki67 маркер индекси 0.2% тенглиги аниқланган.

Десмин мушак хужайралар эмбриогенезида дастлаб падо бўладиган оксилли маркер бўлиб, мушак хужайраларида аслида суст экспрессияланади, фақат мушак хужайралар тўлиқ дифференциацияга учраганда кучли экспрессияланиши мумкин. Десмин мушак хужайралар цитоплазмасидаги кўпчилик тузилмалар билан боғланган бўлади. Десмин саркомернинг миозинли оксилларидаги Z диски ташкил топишида махсус тўрни пайдо қилиб жойлашади. Десмин саркомер билан боғланиб, қисқарувчи аппаратни ядро ва митохондрийлар билан боғлайди. Ушбу боғламлар мушак хужайрасининг қисқаришида уни структура ва механикасини бутунликда сақлаб қолади. Десмин митохондрийлар иш фаолиятида ҳам муҳим вазифани бажаради, жумладан митохондрийлар тузилиши, миқдори ва ишини мушак қисқарганда бузилмасдан сақлаб қолишида ўрин эгаллайди.

Виментин мезенхимал гистогенезли тўқима ва хужайраларнинг оралик филаментларида жойлашган хужайра цитоскелети тузилишида аҳамиятли микронайчалар ва актинда ўрин эгаллаган маркер ҳисобланади. Виментин хужайраларнинг келиб чиқиши мезенхимадан эканлигини тасдиқлаш учун текшириладиган маркер ҳисобланади. Мезенхимал генезли хужайраларнинг эмбрионал ривожланишида уларнинг оралик филаментларида жойлашган



иммуногистохимёвий маркер ҳисобланади. Виментин мезенхимал хужайралар ядроси, эндоплазматик ретикулум ва митохондрийларга туташган ҳолда жойлашади. Виментин хужайралар шаклини сақлашда, механик таъсиротларга чидамлилигини таъминлашда аҳамиятли.

Юқорида келтирилган маълумотларда маълумки, ўпканинг лейомиоматозли гамартомасининг гистогенези, морфогенези ва хатто патоморфологик ўзгаришлари кам ўрганилган. Шунинг учун ушбу тадқиқотда мақсад қилиб, ўпканинг лейомиоматозли гамартомасини ҳар томонлама, яъни гистогенетик ва морфогенетик жиҳатдан ўрганишни олдик.

Материал ва усуллари. Ўзбекистон Республикаси патологик анатомия марказида 2013-2022 йилларда текширувдан ўтказилган биопсиялар таркибидан ўпка гамартомаси ҳолатлари ажратиб олинди. Шу йиллар ичида жами 670 минг биопсияларда 28-та ўпканинг гамартомаси ажратиб олинди. Аниқланган ҳолатларнинг 74,5% эркаклар қолганлари аёллар бўлиб чиқди. Касалларнинг ўртача ёши 52,6 ёш бўлиб, энг ёш пациент 21 ёшда, қариси 81 ёшдалиги аниқланди. Ушбу ҳолатларнинг ҳар бири умумий гистологик ва гистохимёвий усулларда бўйлиб ўрганилди ва ҳар бирига ўзига хос ҳолда гистотопографик жиҳатдан таърифлар берилди. Жами 28-та гамартомадан 17 хондроидли, 5 таси фиброматозли ва 6 таси лейомиоматозли гамартомалиги аниқланди. Парафинли ғишчалардан кесмалар тайёрланиб гематоксилин ва эозинда бўйлди. Десмин ва виментинга иммуногистохимёвий текширув қуйидаги тартибда ўтказилди. 10% формалинда қотирилган парафинли ғишчалардан кесилган гистологик кесмаларни регидратациядан ўтказилди, тўқима таркибидаги оксилларни оригинал даражада сақлаш учун протеолитик ферментлар ёрдамида ишлов берилди ва сувсизлантириш учун термостатда қиздирилди. Иммуногистохимёвий текшириш учун Дако компанияси усулида ўтказилди. Дастлаб парафинли кесмаларни депарафинизация ва регидротация қилинди. Кесмадаги қолган сувларни йўқатиш учун 10 минут 1% водород пероксидада ушланди. Уй харорати шароитида бирламчи антитела томизилди, кесма ювилгандан кейин иккиламчи антитела томизилди ва 15-30 мин уй хароратида инкубацияланиб, яна ювилди, кейин 5-10 мин давомида пероксидазли фаоллашган эритмада ушланди, яна ювилгандан кейин Майер гематоксилдинида 1-2 мин бўйлди ва канада бальзамида ёпилди. Иммуногистохимёвий усулда бўйланган 6 та лейомиоматозли гамартома препаратлари таркибидаги мезенхимал генезли хужайралар, яъни силлиқ мушак хужайралари, фибробластлар, макрофаглар таркибида экспрессияланган ва жигар рангга бўйланган доначалар саналди ва экспрессияланиш даражаси 500 та хужайрага нисбатан фоизларда ҳисобланди, десмин ўртача 17,4%, виментин – 12,6% ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари. Ўпканинг лейомиоматозли гамартомаси микроскопик жиҳатдан полиморф тузилишга эгаллиги, асосан ҳар хил йўналишда жойлашган силлиқ мушак тутамларидан, кам миқдорда фиброз, ёғ тўқимадан, уларнинг орасида ёриқларни қоплаган ҳолда жойлашган ҳар хил метапластик ва диспластик ўзгаришларга учраган эпителий хужайралари аниқланди. Лейомиоматозли гамартомалар микроскопик жиҳатдан текширилганда уларнинг тўқимаси асосан ҳар хил йўналишда жойлашган тутамлар пайдо қилган силлиқ мушак хужайраларидан иборатлиги ва хужайралари чўзинчоқ шаклдаги ва ядролари ҳам овал ва чўзинчоқ



кўринишдалиги аниқланди. Силлиқ мушак хужайралари цитоплазмаси эозинофил бўялганлиги, таркибида киритмалар йўқлиги топилди. Силлиқ мушак хужайралар тутамлари орасида ёриқлар мавжудлиги ва призматик шаклдаги бронхиал эпителий билан қопланганлиги аниқланди.

Ўпка гамартомалари орасидан ажратиб олинган лейомиоматозли формаларини микроскопик текширувда маълум тўлдики, ушбу формадаги гамартомкаси ҳам гистологик тузилиши бўйича аралаш таркибли гамартома эканлиги аниқланади. Лейомиоматозли гамартома эканлигини тасдиқлаш учун тўқимасида силлиқ мушак тўқима тузилмалари мавжудлиги асосий омил ҳисобланади. Бизнинг материалимизда 6 та ҳолатда гамартома тўқимаси таркибида силлиқ мушак хужайралари борлиги тасдиқланди. Ушбу ҳолатларнинг аксариятида силлиқ мушак тўқимаси гамартома тўқимасининг кўп жойини эгаллаганлиги кузатилди (1-расм). Бунда, силлиқ мушак хужайралари ҳар хил қалинликладаи ва турли йўналишдаги тутамларни пайдо қилиб жойлашганлиги аниқланади. Бўйлама йўналишдаги тутамлар орасида кўп сонли қон томирлар, нерв толалари жойлашганлиги аниқланади. Кўндаланг кесимида тутам-тутам кўринишдаги мушак лолаларини атрофидан фиброз тўқима ўраб олганлиги кузатилади. Мушак тўқимаси айрим жойларида фиброз ва ёғ тўқимаси билдан туташганлиги топилади. Гамартома лейомиоматозли бўлгани билан унинг таркибида фиброз ва ёғ тўқима билан биргаликда тоғай тўқима оралчалари ҳам учрашлиги тасдиқланади.

Хулосалар. Ўпканинг лейомиоматозли гамартомаси кам ҳолларда учраб, таркиби аралаш тўқималардан иборатлиги, силлиқ мушак тўқимаси устун туриши, 64,5% да эпителий тўқимаси мавжудлиги кузатилади.

Ўпка гамартомаси микроскопик жиҳатдан полиморф тузилишга эга бўлиб, асосан ҳар хил йўналишда жойлашган силлиқ мушак тутамларидан, кам миқдорда фиброз, ёғ тўқимадан, уларнинг орасида ёриқларни қоплаган ҳолда жойлашган ҳар хил метапластик ва диспластик ўзгаришларга учраган эпителий хужайралари аниқланади.

Мезенхимал хужайралар дифференциалланиш даражасини белгилайдиган десмин маркери лейомиоматозли гамартомада ўртача 17,4%да экспрессияланганлиги, хужайралар саркоплазмаси ва саркомери мусбат бўялиши ушбу маркернинг миозин, эндоплазматик тўр ва митохондрийларда жойлашганлигини тасдиқлайди.

Виментин мезенхимал хужайралар оралик филаментида жойлашган бўлиб, ядро, эндоплазматик тўр ва митохондрийларда ўрин эгаллаганлиги сабабли силлиқ мушак хужайраларнинг ҳам ядро, ҳам саркоплазмасида экспрессияланганлигидан, хужайралар шаклини сақлашда, механик таъсиротларга чидамлилигини таъминлашда аҳамиятли ҳисобланади.

**THE VALUE OF THE MARKER IN THE HEART SERUM FIBROSIS AND
INFLAMMATION IN CONSTANT PROGNOSIS FORMS OF ATRIAL
FIBRILLATION**

Shakirova M.SH., Usmanova D.N.

Department of faculty therapy Andijon State Medicine Institute

Resume. Atrial fibrillation (AF) is the most frequent cardiac arrhythmia (NES), the incidence of which reaches epidemic proportions and continues to grow steadily. The prevalence of AF in the general population is 1-2% and increases from 0.5% at the age of 40-50 years to 5-15% at the age of 80 years. There are various reasons predisposing to the development of AF, BUT arterial hypertension (AH) due to its high prevalence is recognized as the main risk factor for the development of AF. At the same time, in 3-30% of cases, AF occurs without clinical and echocardiographic signs of cardiopulmonary pathology, which is commonly called "idiopathic". It should be recognized that AF is an important medical and social problem associated not only with a decrease in the quality of life of patients, but also an increase in the risk of stroke and overall mortality. The treatment methods used have limited efficacy and safety.

The purpose of the study. To study serum markers of fibrosis in patients with atrial fibrillation, to determine the possibilities of their predictive value in relation to the risk of occurrence and chronization of arrhythmia.

Materials and methods of research. An open controlled clinical trial was conducted on the basis of the cardiology department of the Perm Regional Clinical Hospital, which included 87 people. The criteria for inclusion in the study were: the presence of recurrent or permanent forms of AF, hypertension of stage 1-11, regardless of the degree of increase in blood pressure. To form more homogeneous groups, exclusion criteria were introduced: age over 70 years; liver disease; chronic kidney disease; pneumofibrosis and severe chronic obstructive pulmonary disease; malignant tumors; connective tissue diseases; patients with an installed pacemaker, cardioverter-defibrillator; coronary heart disease (CHD); cardiomyopathies; valvular heart defects; acute myocarditis; pericarditis; thyroid dysfunction; patients with circulatory insufficiency more than II and left ventricular ejection fraction (LV) less than 45%; type 1 and type 2 diabetes mellitus; secondary (verified) character of hypertension; acute inflammatory diseases or exacerbations of chronic inflammatory diseases within 2 weeks before inclusion in the study.

The results of the study. The subgroup with "idiopathic" AF included 15 patients aged 45 to 63 years (52.6 ± 4.9 years), including 4 women (27%) and 11 men (73%). The duration of the arrhythmic anamnesis was 5.0 years. 3 people had indications of a family history of arrhythmia, 5 people could not trace family aggregation, and 7 people denied the burden of heredity for arrhythmia. Patients with AF on the background of hypertension comprised a subgroup of 30 people aged 42 to 67 years (55.5 ± 5.8 years), among whom there were 15 (50%) men and 15 (50%) women. The duration of AH was 10 [7; 12] years. The duration of the arrhythmic anamnesis was 3.5 years. Familial aggregation of hypertension was observed in 20 (67%) patients, 2 people (7%) had indications of a family history and arrhythmia. According to the recommendations of the RKO, the VA and the ACC for the diagnosis and treatment of AF in 2012, all patients with AF were divided into 2 subgroups: patients with a

recurrent form - 35 people (78%) and with a permanent form of AF - 10 people (22%). At the same time, among patients with recurrent AF (n=35), 12 people had a paroxysmal form (34%) and 23 people (66%) had a persistent form of AF. The group of patients with hypertension without LDC included 30 people aged 36 to 64 years (52.1 ± 7.1 years), among whom there were 18 men (60%) and 12 women (40%). Patients with hypertension without LDC had a shorter disease experience of 5 years versus 10 years in patients with AF on the background of hypertension. Patients with hypertension without LDC and with AF on the background of hypertension were comparable in terms of the degree of increase in blood pressure. Depending on the target organ damage, stage I (2 people; 7%) and stage II GB (28 people; 93%) were observed in the group of patients with hypertension without LDC. In the group with AF on the background of hypertension, all were diagnosed with stage II GB. The group of practically healthy people included 12 people (6 men and 6 women) aged 36 to 59 years on average 52.5 ± 6.0 years, without LDC and clinical signs of cardiovascular diseases. Conclusion. AF is accompanied by structural and functional changes of the atria, which depend on the cause of the arrhythmia and its course. Dilatation of the left atrium in "idiopathic" AF is insignificant, with the combination of AF with hypertension, the size of the left atrium is significantly larger. Patients with a permanent form of AF have a more pronounced degree of dilatation of the left atrium.

Serum markers of fibrosis, namely the C-terminal propeptide procollagen are associated with remodeling of the left atrium. The progression of left atrial dilatation is associated with an increase in this indicator.

CAUSES OF IMPAIRED WATER AND SALT METABOLISM IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

**Shakhobidinov X.Sh.-Master of Cardiology, stage 3 Usmanova D.N.-Associate
professor, candidate of Medical Sciences Department of faculty therapy
Andijan State Medical Institute**

Currently, the attention of clinicians of various specialties is attracted by the problem of electrolyte metabolism disorders in inpatient patients. The most common electrolyte anomaly among patients hospitalized for any reason is hyponatremia. It accompanies the course of a number of diseases and is associated with an increase in the duration of hospitalization, the economic costs of treatment and a worsening of the prognosis. Among patients hospitalized with decompensation of chronic heart failure (CHF), hyponatremia upon admission to the hospital is detected in 5-35% of cases, while its prevalence depends on the patient population and the timing of determining the level of sodium in the blood. In most studies devoted to this issue, the prevalence and prognostic significance of reduced blood sodium levels recorded at admission to the hospital were studied. At the same time, the incidence and clinical significance of hyponatremia that developed during hospitalization have not been practically studied. Nevertheless, the normal sodium level with a single measurement in the first days of hospitalization does not exclude the possibility of its further decrease against the background of the natural course of the disease and active diuretic therapy. In addition, the frequency of progression of prehospital hyponatremia during hospital stay also remains unexplored. In this regard, the aim of our



study was to assess the clinical and prognostic significance of various types of hyponatremia in patients hospitalized for CHF decompensation.

The purpose of the study. to evaluate the clinical and prognostic significance of various types of hyponatremia in patients hospitalized for decompensation of chronic heart failure.

Material and methods. Hyponatremia detected at admission was considered prehospital, and hospital — developed against the background of treatment in a hospital setting. In order to assess the timing of the development of hospital hyponatremia, electrolyte levels were examined every 3 days. In patients with prehospital hyponatremia, the dynamics of sodium levels during hospitalization was also analyzed, while in the case of a decrease in sodium levels ≥ 3 mmol/l compared with the baseline value, progressive hyponatremia was diagnosed. To compare two samples of continuous variables that are subject to the normal distribution law, we used paired and unpaired Student t-criteria, with Wilcoxon criteria different from the normal distribution law. To compare more than two samples subject to the normal distribution law, a one—factor analysis of variance was used and, if there was a statistically significant difference between the groups, a pair comparison using the Scheffe criterion, and with the control group, the Dunnet criterion. If the distribution law differed from the normal one, a rank univariate Kruskal-Wallis analysis of variance was performed, and if there was a statistically significant difference between the groups, a comparison using the Dunn criterion was performed.

The results of the study. Among people with prehospital hyponatremia, it is more common to-the occurrence of refractoriness to diuretics was observed. According to the results of pathoanatomic studies, cardiovascular diseases were the leading causes of hospital mortality in both groups of patients, while cardiovascular mortality was higher among patients with hyponatremia. Persons with reduced sodium levels died more often than patients with normal electrolyte levels due to the progression of heart failure, while the statistical significance of the differences was achieved due to a subgroup of patients with prehospital progressive hyponatremia. It is noteworthy that death against the background of increasing symptoms of decompensation of CHF among this cohort of patients was several times higher than in the subgroups of patients with hospital and prehospital non-progressive hyponatremia and reached 31.3%.

Regression analysis adjusted for age, comorbid pathology and the severity of CHF showed that the presence of hyponatremia was associated with a significant increase in the risk of death and transfer to the intensive care unit. At the same time, prehospital hyponatremia had a greater prognostic value in relation to an unfavorable outcome compared to hospital. It is noteworthy that the progression of the existing upon admission, hyponatremia significantly increased the risk of the end point. At the same time, hospital non-progressive hyponatremia retained its influence in the multifactorial model only on the risk of developing a combined endpoint, while its prognostic value in relation to individual components of the latter did not reach statistical significance.

Discussion. The degree of neurohumoral activation in CHF, and hence the risk of hyponatremia, as a rule, correlates with the severity of cardiac dysfunction, which is confirmed in our study. Indeed, patients with hyponatremia had more severe clinical (FC according to NYHA, severity of congestion, test distance with 6-minute walking) and echocardiographic (degree of systolic and diastolic dysfunction) signs of CHF compared to patients with normal blood sodium levels. It cannot be excluded that active diuretic therapy

also makes a certain contribution to the development of hospital hyponatremia. Thus, according to the results of our study, patients with hyponatremia received thiazide, thiazide-like diuretics and spironolactone significantly more often and in higher doses. It is noteworthy that the highest doses of spironolactone were taken by patients with hyponatremia that developed during hospitalization. Of course, ensuring adequate sodium and diuresis is the most important factor in preventing the symptoms of CHF decompensation, and with the development of signs of hypervolemia, it is a necessary condition for their elimination. Nevertheless, it is worth remembering that the use of diuretic therapy may be accompanied by the development of undesirable side effects, among which various electrolyte disorders, including hyponatremia, occupy a leading position. According to the literature, hyponatremia is most often observed when using thiazide and thiazide—like diuretics, less often - loop and potassium-sparing.

Thiazide diuretics have a mixed mechanism of hyponatremic action: they enhance the effect of antidiuretic hormone at the level of collecting tubes and at the same time stimulate natriuresis. The development of hyponatremia when using spironolactone, in addition to the natriuretic effect of the drug, is associated with its ability to block the release of sodium from the cell, which leads to an increase in the intracellular electrolyte content and a decrease in its concentration in the blood. Thus, active diuretic therapy in patients with decompensated CHF, especially with the use of thiazide, thiazide-like diuretics and high doses of spironolactone, should be carried out with caution, under the control of blood electrolyte levels, which is regulated by modern guidelines.

Conclusion. Hyponatremia is a frequent violation of the water-electrolyte balance in patients hospitalized for decompensation of CHF. In general, its frequency reaches 33.3%, while in 48.5% of patients it develops at the pre-hospital stage, and in 51.5% during treatment in the department. By the time of discharge, spontaneous normalization of sodium levels occurs only in 7.8% of patients, in 25% of patients, on the contrary, there is a progression of hyponatremia. The presence of both prehospital and hospital hyponatremia is associated with a more severe course of CHF, deterioration of the hospital prognosis and lengthening of hospital stay. The progression of hyponatremia present at admission significantly increases the risk of death and transfer to the intensive care unit.

THE VALUE OF THE MARKER IN THE SERUM OF THE HEART FIBROSIS AND INFLAMMATION IN CONSTANT PROGNOSIS ACHAMY OF FORMS OF ATRIAL FIBRILLATION

Shakirova M.SH., Usmanova D.N.
Department of faculty therapy
Andijon State Medicine Institute

Resume. All this does not allow us to consider AF as a "benign" arrhythmia. It should be noted that insufficient understanding of the pathophysiological mechanisms of arrhythmia limits the ability of clinicians to predict the occurrence and recurrence of AF. Atrial fibrillation, cardiac arrhythmia, arterial hypertension, left atrium, ischemic heart disease. The lack of sufficient data for practitioners about an adequate fulcrum in choosing two competing directions increases the importance of searching for factors contributing to



the personalization of therapeutic approaches. According to modern ideas, certain relationships between triggers, substrate and modulating factors are necessary for the occurrence of arrhythmia. At the same time, it is the structural remodeling of the left atrium (LP) that has been identified as a key mechanism, where interstitial fibrosis can be the dominant factor, and inflammation can act as a modifier.

The purpose of the study. To study serum markers of fibrosis in patients with atrial fibrillation, to determine the possibilities of their predictive value in relation to the risk of occurrence and chronization of arrhythmia.

Materials and methods of research. The diagnosis of AF in patients was confirmed by electrocardiography or long-term ECG monitoring (DM-ECG). The criteria for "idiopathic" AF were the absence of rheumatic heart disease, coronary heart disease, hypertension, cardiomyopathy, pericarditis, thyrotoxicosis, severe heart failure, that is, the absence of obvious structural damage to the heart. The diagnosis of hypertension (according to the recommendation of the VNOK/RMOAG, 2010) was established after a thorough study of the anamnesis of the disease and examination of the patient to exclude the secondary nature of arterial hypertension. The main group consisted of 45 patients with AF of different etiologies ("idiopathic" AF and AF on the background of hypertension) and 42 patients were included in the comparison group: patients with hypertension without LDC and practically healthy peers.

The results of the study. Recent studies show that elevated levels of IL-6 and TNF- α in hypertension are associated with endothelial dysfunction and disease progression. Although the question remains unresolved whether the inflammation is systemic in AF. It has been proven that higher values of inflammatory markers are recorded at the time of arrhythmia paroxysm or when taking blood at the time of an attack of AF from the coronary sinus. On the basis of which it was established that AF leads to sequestration of inflammatory cytokines in the heart, and perhaps differences in the concentration of cytokines in AF are related to this. It is possible that in our study we are dealing with a similar phenomenon, since most patients with recurrent AF were examined outside of paroxysm. It is important to note that the levels of fibrosis and inflammation markers did not significantly differ between men and women, and did not depend on age. When assessing markers of fibrosis and inflammation depending on the functional class of heart failure, there were no significant differences in FC I and FC II CHF (U-criterion, $p > 0.05$). This may be due to the absence of patients with severe circulatory insufficiency. In our study, the dependence of the concentration of fibrosis markers on the form of AF was established. In permanent AF, in comparison with recurrent forms of arrhythmia, lower values of TIMP-1 (521 ng/ml versus 418 ng/ml, $p = 0.04$) and, conversely, significantly higher concentrations of PICP (85 ng/ml against 182 ng/ml, $p = 0.01$). In comparison with practically healthy patients, there was only an increase in the level of PICP in relapsing and to an even greater extent in permanent AF. Markers of inflammation only tended to increase in permanent AF, without significant significance. The concentration of MMP-9 did not depend on the form.

Conclusion. Atrial fibrillation is accompanied by a change in the level of serum markers of fibrosis, namely the C-terminal propeptide procollagen type I. Its concentration increases with "idiopathic" AF and, to a greater extent, with a combination of arrhythmia with arterial hypertension.

The concentration of fibrosis markers depends on the form of AF: the level of the type I procollagen sterminal propeptide increases with recurrent and permanent forms, and with higher values with a constant form.

**THE VALUE OF THE MARKER IN THE SERUM OF THE HEART FIBROSIS
AND INFLAMMATION IN CONSTANT PROGNOSIS AXAMICITY AND
SPECIFICITY OF FORMS OF ATRIAL FIBRILLATION**

Shakirova M.SH., Usmanova D.N.
Department of faculty therapy
Andijon State Medicine Institute

Resume. Since the possibilities of atrial biopsy in clinical practice are very limited, it is important to non-invasive and atraumatic assessment of the degree of structural remodeling of LP using serum markers. The products of collagen synthesis and breakdown are discussed as possible markers of fibrosis in various cardiovascular diseases as well as matrix metalloproteinases and their tissue inhibitors. A as markers of inflammation associated with AF, the most discussed are interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor - alpha (TNF), C-reactive protein. All this suggests that markers of fibrosis and inflammation may have prognostic significance in relation to the risk of occurrence and chronization of AF, not only in hypertension, but also in patients with minimal structural changes of the heart. The positions outlined above have defined the purpose and objectives of this study.

The purpose of the study. To study serum markers of fibrosis in patients with atrial fibrillation, to determine the possibilities of their predictive value in relation to the risk of occurrence and chronization of arrhythmia.

Materials and methods of research. The average age of patients in the main group was 54.5 ± 5 , b years, among them - 19 women (42%) and 26 men (58%). In patients of the comparison group, the average age was $52.2 \pm b,7$ years, of which 18 women (43%) and 24 men (57%). Both groups were comparable in gender distribution (Fisher's criterion, $p=0.56$) and age (i-criterion, $p=0.1b$). All patients were examined both clinically and using an instrumental complex of methods for assessing the structural and functional state of the myocardium (echocardiography with an extended assessment of LP parameters), DM-ECG with an assessment of heart rate variability, DM-BP, according to indications - treadmill test, coronary angiography. The special complex of examination included quantitative determination of markers of fibrosis (matrix metalloproteinase-9 - MMP-9, TIMP-1, P1SR) and inflammation (FPO-a, IL-6).

The results of the study. When analyzing fibrosis indicators, it was revealed that groups with "idiopathic" AF, AF on the background of hypertension and hypertension without LDC significantly differed from practically healthy ones only in terms of the level of P1SR. At the same time, its concentration in the blood in these fupps was significantly higher than in practically healthy ones ng/ml). The highest concentration of P1SR was determined at AF against the background of AG $130.8 [64.8; 218.4]$ ng/ml. In patients with "idiopathic" AF, the level of P1SR $84 [53; 102]$ ng/ml was significantly lower than in patients with AF on the background of hypertension ($p=0.01$) and hypertension without LDC ($p=0.001$). There were no significant differences between the groups in the concentration of MMP-9 and TIMP-1



($p>0.5$). 11 An increase in the PICP level in "idiopathic" AF in comparison with healthy ones allows us to assume a possible relationship of this marker with AF. However, the presence of higher concentrations of PICP in AH, even without AF, indicates a significant influence of the AH itself on its level. The literature describes the association of PICP with cardiac fibrosis in hypertension, in the form of an abnormal increase in the level of PICP in the blood in isolated hypertension. In "idiopathic" AF, there are data confirming the presence of fibrosis and inflammation in the atrial tissues. Analysis of the values of inflammatory markers showed that the highest concentration of TNF- α was determined in patients with hypertension without LDC 2.1 [1,2; 4,8] pg/ml, while they significantly differed from its values in practically healthy and patients with "idiopathic" AF ($p=0.02$ and $p=0.03$). And the level of IL- β was higher than in practically healthy patients only in the groups of patients with hypertension: 2.5 pg/ml without LDC ($p=0.01$) and 5.6 pg/ml with AF ($p=0.0005$). Probably, in our study, the markers of inflammation were more correlated with hypertension than with AF.

Conclusion: the hypothesis of our study is that the increased level of serum fibrosis marker - PICP - is associated with structural remodeling of LP and indirectly reflects the degree of degenerative changes in its extracellular matrix. The results obtained made it possible to identify and prove the predictive significance of fibrosis markers, in combination with echocardiographic parameters in relation to the risk of occurrence and chronization of AF.

PATHOLOGY OF THE SPINE AT AN EARLY AGE

Tuychiyeva Fatima Gulamjanovna –

**Senior lecturer Department of Anatomy and Pathological Anatomy Scientific
supervisor: Rasulov Hamidulla Abdullayevich – DSc Head of the Department of
Anatomy and Pathological Anatomy Tashkent Pediatric Medical Institute**

Introduction. In the general disability structure of the Russian Federation, degenerative spinal diseases account for 20.4% of diseases of the musculoskeletal system and occupy the first place (41.1%) among the causes of primary disability. In addition, a large part of the working-age population suffers from this disease. According to research data, pronounced damage to the intervertebral joints was found in 80% of the population aged 20 to 30 years and up to 100% in older people. Osteochondrosis is the most severe form of degenerative-dystrophic lesion of the spine, which is based on the destruction of the vertebral disc with subsequent involvement of the bodies of adjacent vertebrae. The lumbar and cervical spine are most often affected. According to scientists, cervical osteochondrosis is the basis of many diseases of the cardiovascular and nervous systems. At risk for this pathology are people whose work is associated with prolonged stay in one position: office workers, chauffeurs, surgeons, and students, especially medical universities, are also suitable for this category. Osteochondrosis of the cervical spine can occur in people under the age of 20, which is why prevention of this disease is necessary at an early age.

The purpose of the study. To confirm or refute the hypothesis of the early occurrence of cervical osteochondrosis on the example of university students.

Research methods and principles. To achieve this goal, we have carried out a theoretical analysis of the scientific literature relevant to the studied problems.



Discussion. The main function of the cervical spine is to protect the many nerve roots and blood vessels that pass to the brain inside the spinal canal. The slightest changes in the structure of the vertebrae can cause compression of the spinal cord or impaired cerebral circulation. In vertebral bodies, the morphological substrate of osteochondrosis is considered to be marginal bone growths along the disc protruding beyond the bodies of adjacent vertebrae, as well as osteosclerotic restructuring of the bone structure in the closure plate of the vertebral body. Degenerative-dystrophic changes in the disc are manifested by the loss of normal turgor, a decrease in elastic properties, a decrease in height, the appearance of furrows and cracks, as well as the gradual replacement of the pulposus nucleus and cartilaginous elements of the fibrous ring with first loose and then denser fibrous tissue with its possible ossification [2]. According to the classification of L. Armstrong, there are 3 stages of degenerative-dystrophic changes in the spine [3]. Stage I. Initial dystrophic changes in the gelatinous nucleus and the posterior part of the fibrous ring, provoking irritation of the receptors of the posterior longitudinal ligament of the dura mater. It is clinically manifested by back pain. Stage II. The displaced pulposus nucleus is located in the protruding part of the fibrous ring, through the defect of which a herniated disc falls out. Radicular symptoms appear clinically: pain irradiation by dermatomes corresponding to radicular innervation. Stage III. Degeneration of the prolapsed disc is progressing. Resorption or calcification of parts of the disc begins, its fibrosis. Bone growths may form in the area of rupture of the posterior longitudinal ligament. Sequestration loss often causes scar-adhesive aseptic epiduritis. The direct pressure on the root decreases, the course of the disease becomes chronic. When the cervical spine is affected, it is isolated: 1. Reflex syndromes: – cervicalgia; – cervicocranialgia; – cervicobrachialgia with musculotonic, vegetative-vascular and/or neurodystrophic manifestations. 2. Radicular syndromes. 3. Vascular radicular-spinal syndromes: – radiculoischemia; – radiculomyeloischemia, myeloischemia – transient, acute chronic [2]. One of the most common manifestations of cervical osteochondrosis is vertebral artery syndrome, associated with the proliferation of hook-shaped processes in the direction of the intervertebral openings, followed by their narrowing. This mechanism leads to deformation of the vertebral artery wall, clinically manifested by cochleovestibular disorders, visual disturbances, cranialgia and sensitivity disorders in the facial area. According to scientific research, cervical osteochondrosis can aggravate the course of hypertension, contribute to increased resistance to antihypertensive therapy.

Conclusion. Preventive measures should be taken to prevent deterioration of the condition. Prevention of osteochondrosis of the cervical spine requires the fulfillment of a number of mandatory provisions. Jumping, jumping and running are contraindicated, as they create a large load on the intervertebral discs. One of the main methods of prevention to prevent the development of osteochondrosis of the cervical spine is swimming. It is useful to use the backstroke and breaststroke swimming style. These styles will help to relax the muscles, stretch the spine and get rid of stiffness.

SCOLIOSIS IN YOUNG CHILDREN

Tuychiyeva Fatima Gulamjanovna

**Senior lecturer Department of Anatomy and Pathological Anatomy Scientific
supervisor: Rasulov Hamidulla Abdullayevich – DSc Head of the Department of
Anatomy and Pathological Anatomy Tashkent Pediatric Medical Institute**

Scoliosis, a condition characterized by an abnormal curvature of the spine, can affect individuals of all ages, including young children. While scoliosis in children is less common than in adolescents, early detection and intervention are crucial for managing the condition effectively. This article aims to provide insights into scoliosis in young children, including its causes, symptoms, diagnosis, and treatment options.

Scoliosis is a musculoskeletal disorder that causes the spine to curve sideways, forming an "S" or "C" shape. In young children, scoliosis can develop due to various factors, including congenital abnormalities, neuromuscular conditions, or idiopathic causes (unknown origin). While most cases of scoliosis in children are mild, some may progress and require medical intervention. Causes of Scoliosis in Young Children:

1. Congenital Scoliosis: Some children are born with scoliosis due to abnormalities in the development of the spine before birth. These abnormalities can result in spinal curvature and may require surgical correction in severe cases.

2. Neuromuscular Conditions: Certain neuromuscular disorders, such as muscular dystrophy or cerebral palsy, can contribute to the development of scoliosis in children by affecting muscle control and balance around the spine.

3. Idiopathic Scoliosis: Idiopathic scoliosis, where the cause is unknown, is the most common type of scoliosis in children. It typically develops during periods of rapid growth, such as adolescence, but can also occur in younger children.

Symptoms of Scoliosis in Young Children:

Identifying scoliosis in young children can be challenging, as symptoms may not be apparent until the curvature of the spine becomes more pronounced. Common signs and symptoms of scoliosis in young children may include:

- Uneven shoulders or hips
- Prominent shoulder blade or rib cage
- Leaning to one side
- Uneven leg lengths
- Back pain (less common in young children but may be present in older children)

Diagnosis of Scoliosis in Young Children:

Diagnosing scoliosis in young children typically involves a comprehensive evaluation by a healthcare professional, including:

1. Physical Examination: The healthcare provider will assess the child's posture, range of motion, and any visible signs of spinal curvature.

2. Imaging Tests: X-rays of the spine are used to confirm the diagnosis and determine the severity and location of the spinal curvature. In some cases, additional imaging tests such as MRI or CT scans may be recommended to evaluate the spine further.

Treatment Options for Scoliosis in Young Children:

The treatment approach for scoliosis in young children depends on various factors, including the cause and severity of the spinal curvature. Treatment options may include:

1. Observation: In mild cases of scoliosis, especially those that are congenital or idiopathic, regular monitoring by a healthcare provider may be recommended to track the progression of the curvature.

2. Bracing: For children with moderate spinal curvature, bracing may be prescribed to help slow or stop the progression of scoliosis, particularly during periods of rapid growth.

3. Physical Therapy: Physical therapy exercises aimed at strengthening the muscles surrounding the spine can help improve posture and mobility in children with scoliosis.

4. Surgery: In severe cases of scoliosis or when conservative treatments are ineffective, surgery may be recommended to straighten the spine and stabilize it with implants or fusion techniques.

Conclusion. Scoliosis in young children requires early detection and appropriate management to prevent complications and minimize the impact on spinal health and overall well-being. Parents and caregivers should be vigilant for signs of scoliosis and seek medical attention if they suspect their child may have spinal curvature.

PREVENTION OF DRUG RESISTANCE IN TUBERCULOSIS PATIENTS

Abduqodirova G

**Scientific leader: Maksumova D.K. Department of phthisiatrics and pulmonology
Andijan State Medical Institute**

Relevance: In 2018, at the WHO Assembly, tuberculosis was recognized as a disease that claims a large number of human lives. One of the important factors in the ineffectiveness of treatment is the identification of extensive destructive processes with bacterial release, which often leads to the development of drug resistance. So according to Mystikova N.G. (2019) the WHO European Region has the highest incidence of rifampicin multidrug-resistant tuberculosis (MDR/PP-TB) at 14 cases per 100,000 population. Numerous studies by domestic and foreign authors have been devoted to the issue of drug resistance of mycobacterium tuberculosis [1-3, 7, 8]. In the Republic of Uzbekistan, one of the urgent problems of phthisiology is the increase in cases of drug-resistant tuberculosis. The current epidemiological situation of tuberculosis incidence worldwide is characterized by the spread of multidrug-resistant (MDR) and extensively drug-resistant (XDR) pathogens of tuberculosis (TB), which reduces the effectiveness of treatment and increases mortality from this infection.

Risk groups for the formation of drug-resistant tuberculosis are patients who violate the treatment regimen and interrupt the main course of treatment voluntarily, or due to allergic or toxic complications; abusers of alcohol, narcotic drugs; persons in contact with a tuberculosis patient who secretes drug-resistant MBT [4]. In addition to the above factors, it should be noted that the control of chemotherapy is carried out in a polyclinic, where a nurse monitors the intake of drugs. More than once, during the supervision of polyclinics, especially in rural areas, we came across the fact that a nurse dispensed medicines to a patient for 1-2 weeks. Such a gross violation can lead to the fact that the patient will not

take drugs and often, this patient can become a source of spread of drug-resistant tuberculosis among a healthy population.

The purpose of the study. The aim was to study the frequency of the spread of primary drug resistance within one year, according to the Andijan tuberculosis Dispensary.

Materials and methods of research. In 2019, 1,604 patients were admitted to the hospital, of which 1,146 patients showed sensitivity to first-line drugs according to a study on the Genexpertrif device, 220 patients had multidrug resistance, 63 patients in the reference laboratory showed broad drug resistance (to isoniazid and rifampicin).

The results of the study and their discussion. Of the 1,604 patients, 1,266 (78.9%) are patients who were diagnosed with tuberculosis for the first time and had never received anti-tuberculosis treatment before, 338 (22.1%) patients were registered in an anti-tuberculosis dispensary. Of 220(13.7%) patients with multiple resistance: 119 chronically ill patients for the first time- 101. An alarming fact is that 54% of patients with multidrug resistance are first-time patients, 96 of whom had a history of contact with sick relatives (father, mother, brother, sister, grandfather, grandmother), that is, close family contact. This fact indicates that a violation of controlled treatment on an outpatient basis can lead to the development of drug resistance and spread among contact persons. In 63 patients, broad drug resistance was revealed (1 patient was newly ill, had not previously taken drugs, 62 patients were registered and as a result of drug intolerance, irregular drug intake led to the formation of broad drug resistance).

Students of the scientific circle of the department, together with teachers, have developed a box with a timer that allows once a day to give out drugs for taking drugs at the outpatient stage. An attempt to re-dispense the drug leads to a breakdown of the box. This will prevent the delivery of the drug to the patient's hands for several days. Thus, regular monitoring and careful administration of drugs will help to increase the effectiveness of treatment and prevent the formation of drug resistance.

Conclusion. In order to prevent the development of multiple, broad drug resistance and increase the effectiveness of treatment, it is necessary to find ways to improve the quality of controlled treatment in polyclinics.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH DELAYED HEART RHYTHM AND BENDOPNEA SYMPTOM

Abdullayeva K.H., Uzbekova N.R.
Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute

To study the quality of life (QOL) in patients with CHF with preserved LVEF and a symptom of bendopnea with different levels of salt intake. Materials and methods. 66 patients were included in the study. The main symptoms of CHF were edema in 54.5% of cases, shortness of breath in 77% of cases, ascites was found in only 2 patients, liver enlargement in 7 patients. Abdominal obesity was detected in 53 patients. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire, and the level of salt consumption was assessed using the Charlton: SaltScreener questionnaire.

Relevance. Chronic heart failure (CHF) is a major medical and social problem that belongs to the priorities of national health systems in most countries of the world. One of the methods of improving the treatment of patients with CHF has become Heart failure (HF) treatment Programs, the most important part of which is patient education and active outpatient monitoring. The quality of life and prognosis of patients with CHF are the main criteria for the effectiveness of such programs. Currently, there is not enough data confirming the effectiveness of therapeutic training and active outpatient follow-up, with long-term follow-up of patients with CHF.

The purpose of the study. To study the quality of life (QOL) in patients with CHF with preserved LVEF and a symptom of bendopnea with different levels of salt intake.

Materials and methods of research. 66 patients were included in the study. The main symptoms of CHF were edema in 54.5% of cases, shortness of breath in 77% of cases, ascites was found in only 2 patients, liver enlargement in 7 patients. Abdominal obesity was detected in 53 patients. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire, and the level of salt consumption was assessed using the Charlton: SaltScreener questionnaire.

The results of the study. The time of onset of the bendopnea symptom in patients with CHF decompensation was significantly higher (18.9 ± 8.7 versus 26.2 ± 8.5 seconds, $p=0.003$). The presence of diseases such as hypertension, COPD, coronary heart disease, atrial fibrillation, cerebrovascular disease did not significantly affect QOL ($p>0.05$), whereas the presence of bronchial asthma or chronic kidney disease significantly reduced the QOL of patients ($p<0.05$).

Conclusion. The presence of a symptom of bendopnea significantly reduces the quality of life of patients with CHF with preserved PV.

THE SPECIFICS OF CHANGING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH PRESERVED HEARTBEAT AND THE SYMPTOM OF BENDOPNEA

Abdullayeva K.H., Uzbekova N.R.
Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute

Relevance. In the classification of the European Society of Cardiology in 2016, an intermediate form of CHF, or middle-range CHF, with an EF of 40-49% was identified for the first time. Its objective diagnostic criteria are: elevated levels of natriuretic peptides (NPS), structural and functional signs of heart damage (do not differ from those used in the diagnosis of CHF). CHF is considered as a polyethological syndrome characterized by an acute or chronic increase in LV filling pressure. Its frequency in the population is approximately equal to the frequency of CHF with reduced LV. There are no differences between the clinical manifestations of the discussed types of CHF. The most common and non-specific symptoms are shortness of breath and weakness during exercise (FN). Patients with CHF are older, suffer from hypertension, obesity, diabetes mellitus and chronic kidney disease (CKD) at the same time, women predominate among them.

The purpose of the study. To study the quality of life (QOL) in patients with CHF with preserved LVEF and a symptom of bendopnea with different levels of salt intake.

Materials and methods of research. 66 patients were included in the study. The main symptoms of CHF were edema in 54.5% of cases, shortness of breath in 77% of cases, ascites was found in only 2 patients, liver enlargement in 7 patients. Abdominal obesity was detected in 53 patients. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire, and the level of salt consumption was assessed using the Charlton: SaltScreener questionnaire.

The results of the study. On average, the time of occurrence of bendopnea was 22.5 ± 9.3 seconds, the minimum was 5 seconds. There was no effect of abdominal obesity on the risk of bendopnea (relative risk 1.18. According to the SF-36 questionnaire, a decrease in physical health indicators (median 31.3 points and psychological health (average score 43.2 ± 21.7) was revealed. In patients with bendopnea, QOL was reduced due to both physical and mental health, in contrast to patients without bendopnea: physical functioning (PhysicalFunctioning – PF) 24.8 ± 16.1 vs. 47 ± 28.9 points, $p=0.001$; role functioning due to physical condition (Role-PhysicalFunctioning – RP), 0 vs. 37.5 points, $p=0.008$; general health (GeneralHealth – GH) 29.9 ± 15.8 vs. 50 ± 14.2 points, $p=0.0005$, social functioning (SocialFunctioning – SF) 56 ± 38 vs. 78.9 ± 17.8 points; $p=0.004$. Multivariate regression analysis revealed the relationship between the time of onset of the bendopnea symptom and the level of salt intake, physical and psychological activity ($r^2=0.25$; $p<0.009$).

Conclusion. The presence of a symptom of bendopnea significantly reduces the quality of life of patients with CHF with preserved PV.

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH PRESERVED HEARTBEAT AND BENDOPNEA SYMPTOM

Abdullayeva K.H., Uzbekova N.R.
Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute

On average, the time of occurrence of bendopnea was 22.5 ± 9.3 seconds, the minimum was 5 seconds. The absence of the effect of abdominal obesity on the risk was revealed the occurrence of bendopnea. According to the SF-36 questionnaire, there was a decrease in physical health (median 31.3 points [20.7; 42.3]) and psychological health (average score 43.2 ± 21.7). The presence of a symptom of bendopnea significantly reduces the quality of life of patients with CHF with preserved PV.

Relevance. Chronic heart failure (CHF) is a clinical syndrome, the prevalence of which in the population is epidemic. In the USA, according to 2013 data, 5.1 million patients had this diagnosis, and it is expected that the incidence of the disease will increase by 25% by 2030. CHF is characterized by a severe condition of patients, leading to a decrease in quality of life, disability and death. There are two morphofunctional types of CHF, the criterion of which is considered to be the ejection fraction (LV) of the left ventricle (LV), with low LV and preserved. The prevalence of both types of CHF increases with age, but CHF with preserved HF (CHF) is the most common cause of hospitalization in patients over 65 years of age and is estimated as the main type in the future.

The purpose of the study. To study the quality of life (QOL) in patients with CHF with preserved LVEF and a symptom of bendopnea with different levels of salt intake.

Materials and methods of research. 66 patients were included in the study. The main symptoms of CHF were edema in 54.5% of cases, shortness of breath in 77% of cases, ascites was found in only 2 patients, liver enlargement in 7 patients. Abdominal obesity was detected in 53 patients. The quality of life was assessed using the SF-36 questionnaire, and the level of salt consumption was assessed using the Charlton: SaltScreener questionnaire.

The results of the study. On average, the time of occurrence of bendopnea was 22.5 ± 9.3 seconds, the minimum was 5 seconds. There was no effect of abdominal obesity on the risk of bendopnea (relative risk 1.18. According to the SF-36 questionnaire, a decrease in physical health indicators (median 31.3 points and psychological health (average score 43.2 ± 21.7) was revealed. In patients with bendopnea, QOL was reduced due to both physical and mental health, in contrast to patients without bendopnea: physical functioning (PhysicalFunctioning – PF) 24.8 ± 16.1 vs. 47 ± 28.9 points, $p=0.001$; role functioning due to physical condition (Role-PhysicalFunctioning – RP), 0 vs. 37.5 points, $p=0.008$; general health (GeneralHealth – GH) 29.9 ± 15.8 vs. 50 ± 14.2 points, $p=0.0005$, social functioning (SocialFunctioning – SF) 56 ± 38 vs. 78.9 ± 17.8 points; $p=0.004$. Multivariate regression analysis revealed the relationship between the time of onset of the bendopnea symptom and the level of salt intake, physical and psychological activity ($r^2=0.25$; $p<0.009$).

Conclusion. The presence of a symptom of bendopnea significantly reduces the quality of life of patients with CHF with preserved PV.

THE RELATIONSHIP OF METABOLIC DISORDERS OF CATECHOLAMINES AND PLASMA PROTEIN-A (RARP-A) IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ST SEGMENT ELEVATION

Abdumuminov U.O., Shamsiddinova A.S.

**Department of faculty therapy
Andijan State Medical Institute**

Relevance. Metabolic syndrome is a complex of pathogenetically interconnected disorders of tissue sensitivity to insulin (insulin resistance), carbohydrate, lipid, purine metabolism, abdominal obesity and hypertension. MS increases the risk of developing type 2 diabetes mellitus, atherosclerosis, arterial hypertension, and other diseases, the incidence of life-threatening CVD increases 4 times, and in women it occurs 2 times more often. The role of thyroid hormones in the work of the heart and the condition of blood vessels is known, and in recent years the effect of thyroid hormones on the cardiovascular system has been actively studied. The relevance of studying the clinical and pathogenetic features of hypothyroidism is determined due to the possibility of developing a number of negative consequences of this condition, especially cardiovascular ones, the clinical and prognostic significance of which is confirmed by many studies. The problem of the pathogenesis of diagnosis and treatment of MS is actively discussed. The annual increase in morbidity requires improved approaches to prevention, diagnosis and proper treatment.

The purpose of the study. To assess the incidence of hypothyroidism and MS among women 18-60 living in the Andijan region.

Materials and methods. The study included 155 women aged 18 to 60 years, the average age was 33.8 ± 0.67 years. 4 categories of age groups have been formed. Of these, 66

(42.8%) are under 30 years old, 41 (26.7%) are in the age category from 30 to 40, 29 (18.6%) are from 40 to 50 and 19 (11.9%) are over 50 years old. Excluded from the study: pregnant and lactating women, women with severe somatic diseases, women with neuropsychiatric disorders. All the women examined were diagnosed with hypothyroidism and MS. The function of the thyroid gland was evaluated with the determination of TSH and free thyroxine (T4 sv) in blood serum (studies were performed with kits from the company “Bekhman Coulter” in the radioimmune laboratory of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology) and ultrasound examination of the thyroid gland. Results and discussion. Overweight was detected in 46 (30%), obesity of the 1st degree (BMI 30- 34.9 kg/m²) in 9 (5.5%). Grade 2 obesity (BMI 35-39.9 kg/m²) was diagnosed in 3 women. Thyroid pathology was detected in 100 (64.5%) women. In women with thyroid pathology, in the study of TSH (norm 0.17– 4.05 mIU/L), cb T4 (11.5-23 pmol/L), hypothyroidism was detected in 10 (10%), borderline TSH values (4.05-10.0 mIU/L) in 14 (13%), TSH over 10 mIU/L in 3 (3%). subclinical hypothyroidism (SG) (TSH>2.5 mIU/L and cb T4 within normal limits) was found in 18 (18%) women. In young women (23.0±0.40 years old) SG was found in 9%. With increasing age, the incidence of hypothyroidism, MS increases reaching 19% in the age group of 50 years and older. Compared with the control group, women with hypertension and hypothyroidism had statistically higher levels of OHS and TG, a higher IA coefficient, HDL-C levels were lower than normal than in the group without thyroid pathology, LDL-C with hypertension tended to increase.

Conclusions. Thyroid pathology among women living in the Andijan region is 64.5%, of the diagnosed thyroid pathology, hypothyroidism was diagnosed in 10% and hypertension was established in 18% of cases. An increase in TSH levels in the blood of women is associated with older age, increased BMI, hypertension, and the presence of disorders of carbohydrate and lipid metabolism reaching 19% In women with hypertension, the average levels of OHC, TG, and IA are significantly higher, and HDL is significantly lower than in women without thyroid dysfunction.

SPECIFICITY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CATECHOLAMINES AND IMPAIRED PLASMA PROTEIN METABOLISM-A (RARR-A) IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ELEVATED ST SEGMENT

Abdumuminov U.O., Shamsiddinova A.S.
Department of faculty therapy
Andijan State Medical Institute

Relevance. Among the causes of disability and mortality of the population, the main ones are today, cardiovascular diseases (CVD) are considered. Metabolic syndrome (MS) plays an essential role in the development of CVD. According to WHO experts, we are facing a new pandemic of the 21st century, covering industrialized countries. This could prove to be a demographic disaster for developing countries. The prevalence of MS (X syndrome) is 2 times higher than the prevalence of diabetes mellitus, and its growth rate is expected to increase by 50% in the next 25 years.” In the adult population (30-69 years old) MS is detected in 15-25% of cases. Over 70 years of age – 40-45% detectability, 5-10% at

the age of 20-30 years. More recently, the metabolic syndrome was mainly suffered by the elderly (over 60 years old). The picture has changed significantly over the past 20 years. The dynamics showed that this problem is getting younger and becoming relevant for a younger population. In a number of countries, the proportion of the adult population suffering from these symptoms reaches 25%. The components of MS are abdominal visceral obesity (waist circumference of more than 102 cm in men and more than 88 cm in women); insulin resistance with high insulin levels; dyslipidemia (a combination of hypertriglyceridemia, low cholesterol of high-density lipoproteins (HDL) and an increase in the fraction of small low-density lipoproteins (LDL-NP); arterial hypertension (blood pressure above 130/85 mmHg); early atherosclerosis and coronary heart disease. Metabolic syndrome affects both developed and developing countries. There is another trend in recent years. Women of reproductive age began to suffer from metabolic syndrome. What is the reason for this is not completely clear, and requires further study [8]. The problems of the pathogenesis of diagnosis and treatment of MS are being discussed.

The purpose of the study. To assess the incidence of hypothyroidism and MS among women 18-60 living in the Andijan region.

Materials and methods. MS was diagnosed with the determination of body mass index (BMI) (according to the classification of overweight in adults depending on BMI according to WHO 1997), abdominal obesity with the calculation of the ratio of waist circumference (FROM) to hip volume (ABOUT) measured in centimeters (more than 0.80 in women is considered abdominal obesity), measurement of blood pressure in at rest at room temperature by the Korotkov method (arterial hypertension BP $\geq$ 130/85 mmHg.). Violation of carbohydrate metabolism was assessed with the determination of glycemia on a lean basis (plasma glucose $>$ 5.6 mmol/l), violation of glucose tolerance – blood glucose 2 hours after the test within $>$ 7.8 and $<$ 11.1 mmol/l. To assess lipid spectrum disorders, 13 women with TSH $>$ 2.5 mIU/L and cb T4 below the standard values were selected. Age from 18 to 60 years, at the age of 36.0 ± 2.26 years. The control group included 11 women of the same age without thyroid pathology (TP) aged 32.4 ± 3.69 years. Results and discussion. Overweight was detected in 46 (30%), obesity of the 1st degree (BMI 30- 34.9 kg/m²) in 9 (5.5%). Grade 2 obesity (BMI 35-39.9 kg/m²) was diagnosed in 3 women. Thyroid pathology was detected in 100 (64.5%) women. In women with thyroid pathology, in the study of TSH (norm 0.17– 4.05 mIU/L), cb T4 (11.5-23 pmol/L), hypothyroidism was detected in 10 (10%), borderline TSH values (4.05-10.0 mIU/L) in 14 (13%), TSH over 10 mIU/L in 3 (3%). subclinical hypothyroidism (SG) (TSH $>$ 2.5 mIU/L and cb T4 within normal limits) was found in 18 (18%) women. In young women (23.0 ± 0.40 years old) SG was found in 9%. With increasing age, the incidence of hypothyroidism, MS increases reaching 19% in the age group of 50 years and older. Compared with the control group, women with hypertension and hypothyroidism had statistically higher levels of OHS and TG, a higher IA coefficient, HDL-C levels were lower than normal than in the group without thyroid pathology, LDL-C with hypertension tended to increase.

Conclusions. Correlation analysis revealed a significant positive relationship between BMI and TSH levels. A violation of the functional activity of the thyroid gland potentiates the processes that underlie MS. Timely correction of thyroid dysfunction and raising public awareness leads to the restoration of metabolic changes, the elimination of the development of CVD and complications.



EVALUATION OF IMMUNOREACTIVITY INDICATORS IN CHRONIC HEART FAILURE OF VARIOUS ETIOLOGIES

Adhamov I.I.

**Master of Cardiology 3rd year Scientific supervisor: Usmanova D.N. – Candidate of
Medical Sciences, Associate Professor Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute**

Introduction. Agreeing to the European rules for the conclusion and treatment of intense and incessant heart disappointment in 2020, heart disappointment (HF) could be a clinical disorder showed by the taking after characteristic side effects (shortness of breath, paroxysmal night dyspnea, orthopnea, diminished work out resistance, expanded recuperation time after work out, lower leg swelling, weariness), which may be accompanied by the taking after signs (expanded weight within the jugular veins, hepatogular reflux, third tone of the heart, uprooting of the apical pushed to the cleared out), caused by auxiliary and/or utilitarian changes of the heart, driving to a diminish in heart work and or an increment in intracardiac weight at rest or amid work out. Constant heart disappointment (CHF) creates as a result of numerous maladies of the cardiovascular framework of both fiery and non-inflammatory etiology, within the endless lion's share of cases leads to incapacity of patients with misfortune of their social role, a noteworthy weakening within the quality of life and, eventually, to a noteworthy decrease in life anticipation. Concurring to surmised calculations, approximately 1-2% grown ups in created nations have HF, with an expanded chance of creating over 10% among the populace over the age of 70. When surveying sex contrasts within the frequency of HF over the age of 55, the hazard of improvement is 34% and 30% for men and ladies, respectively. For a long time, the subject of various considers has been the instruments of systolic myocardial brokenness, which has customarily been related with the seriousness of CHF. Some time recently the side effects ended up clear, the understanding may be watched with auxiliary or utilitarian cardiac anomalies (systolic or diastolic brokenness of the cleared out ventricle (LV)), which are antecedents of HF.

Material and methods. At the same time, the forms of arrangement of the pathophysiological components of CHF stay not completely caught on. The part of actuation of the cytokine framework is recognized as one of the ways of arrangement of the obsessive handle. It is still not clear what part the systemic inflammatory reaction plays in hemocirculation clutters, as well as within the arrangement of endocardial and myocardial brokenness. In expansion, a coordinate relationship was uncovered in increasing the expression of cytokine levels within the nearness of LV brokenness. The significance of systemic irritation within the pathogenesis of CHF is being effectively explored at the show time. Special consideration is paid to the think about of the forms of acceptance of safe responses, as well as their components driving to remodeling of the heart. The reason for the increment within the substance of proinflammatory cytokines in CHF Adamopoulos and co-authors relate with the nonspecific enactment of macrophages and monocytes in blood plasma and interstitial liquid, happening in serious microcirculation disarranges, tissue hypoxia and abundance of free radicals that occur taking after myocardial harm and a drop in cardiac yield. There's a diverse point of see around the causes of safe enactment within

the nearness of serious LV brokenness, which consists in interaction with resistant cells of endotoxins of microorganisms within the intestine, S.R. Kapadia [4] and authors hypothesized myocardial generation of proinflammatory cytokines, since cardiomyocytes are able to deliver cytokines with an increment within the level of end diastolic weight within the cleared out ventricle.

Results. Cytokines have one of a kind properties: they are able to act on different target cells, regulating their work; different cyto Cytokines have for the most part paracrine or autocrine impacts; as it were a few have a systemic impact (tumor rot factor- α , interleukin-1). Cytokines incorporate the taking after primary bunches of operators: interleukins (counting lymphokines and monokines), tumor corruption figure, chemokines. Two primary classes of proinflammatory cytokines have been distinguished, included within the pathogenesis of HF: vasoconstrictor cytokines (expansive endothelin, endothelin-1) and vasodepressor proinflammatory cytokines (TNF- α , IL-1, IL-6 and IL-8). Due to TNF-mediated quality acceptance, over the top generation of a wide extend of proinflammatory specialists (development variables, cytokines, arbiters, proteins of the intense stage of irritation, pyrogens), which have a key part within the pathogenesis of HF. For the primary time, the reliance of the TNF- α level within the blood serum of patients with HF and the seriousness of the utilitarian course of HF was uncovered B.Levine and authors in 1998 .

Beneath the impact of TNF- α , the sum of cytokine-induced NO increments, which in turn suppresses the generation of endothelial NO, in this manner impeding endothelial work. NO moreover applies its impacts by actuating the forms of fibrosis, which eventually leads to remodeling of the heart. In expansion, shaped within the prepare of interaction NO and superoxide anions, peroxynitrate, could be a profoundly receptive oxidant, moreover competent of having a cytotoxic impact, oxidizing lipids, harming cell films, altogether decreasing the contractility of the myocardium. TNF-a applies its impacts by enacting apoptosis, which loses its versatile esteem and leads to a diminish within the number of reasonable cardiomyocytes, which encourage leads to a dynamic diminish within the contractile work of the myocardium. The method of actuation of apoptosis happens by binding TNF-a to the so-called passing receptors on the surface of cardiomyocytes. Activation of passing receptors and oxidative stretch of cardiomyocytes, which increments beneath the impact of TNF-a, trigger caspase a cascade that in the long run triggers hereditarily modified cell death. TNF- α can too have a coordinate poisonous impact on cardiomyocytes. Discussion. The affirmed information on the participation of TNF- α within the advancement of CHF driven to the advancement of two drugs, the component of activity of which is the official and neutralization of cytokine: etanersept-a protein speaking to the extracellular space of human The P-75 receptor for TNF- α and infliximab, having a place to the gather of monoclonal antibodies, authoritative to both soluble and transmembrane TNF- α with tall liking. However, the positive impact of these drugs on the course and forecast of CHF agreeing to the comes about of expansive considers with etanersept (RECOVER and RENAISSANCE) and with infliximab isn't demonstrated. On the opposite, the considers were ended rashly due to an increment within the recurrence of hospitalizations and mortality in patients getting infliximab. There is prove that the utilize of drugs, having an inhibitory impact on TNF- α in patients CHF moves forward LV contractile work and guess of patients. One of them is pentoxifylline, a subsidiary of xanthine, which avoids TNF- α translation by blocking intracellular aggregation and RNA of this cytokine. The

advantageous impact of pentoxifylline on the forecast and course of CHF demonstrated in considers conducted by K.Silva. The expansion of pentoxifylline to standard treatment led to an change within the clinical condition of patients and an increment in LVEF, which was went with by a diminish within the level of markers of irritation (cerebral natriuretic peptide, C-reactive protein, TNF- α) and apoptosis.

Conclusions. The association of the safe framework joins within the pathogenesis of CHF may be a moderately unused instructing in cutting edge cardiology, which needs a more point by point study with large comparative imminent ponders. Actuation of the cytokine framework in patients with CHF could be a marker of illness movement and decides the seriousness of the course of HF, pathogenetic effects cytokines are actualized in different ways, which needs uncommon pharmacotherapeutic strategies in these patients. Separation of person bunches of CH with a slight diminish LVF and with protected LVF moreover requires the consider of nitty gritty characteristics, pathophysiology of patients in this bunch, with the definition of restorative strategies, this will be encouraged by advance study of immunological changes in patients with CHF.

FEATURES OF IMMUNOREACTIVITY INDICATORS IN CHRONIC HEART FAILURE OF VARIOUS ETIOLOGIES

**Adhamov I.I. - Master of Cardiology 3rd year Scientific supervisor: Usmanova D.N. –
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute**

Introduction. Inveterate heart disappointment – side effect complex emerging within the result of cardiovascular illnesses of different etiologies. At the minute heart disappointment is broad and has gotten to be a widespread. This fact led to the ought to clarify the known components of pathogenesis and the rummage around for other ways of diagnostics treatment and eventually to move forward strategies of observing the course of heart disappointment. The wide symptomatic conceivable outcomes of present day medication did not give a clear understanding of the instruments of inclusion of the safe framework joins within the pathogenesis of unremitting heart disappointment. It remains an open address, concluded within the “cytokine theory” of the pathogenesis of incessant heart disappointment, approximately the cause-and-effect relationship of the resistant reaction and heart disappointment.

Material and methods. Agreeing to a few thinks about, the nearness of minimal diastolic brokenness can lead to an 8-fold increment within the hazard of mortality. A wide run of patients with HF shifts from those with a typical cleared out ventricular launch division (LVEF) (more often than not considered $\geq 50\%$; LVEF) to patients with diminished LVEF (less than 40%, LVEF). Patients with PV within the run of 40-49% are within the so -called "gray zone", which is presently assigned as CH-srFV. The investigation of populace studies indicates that the reality that the predominance of CHF with sFV within the world is from 40 to 70% (on normal 54%). Among individuals over 65 a long time of age with recently analyzed shortness of breath amid exercise, one in six will have unrecognized HF (basically CH-sFV). Specialists anticipate that the problem of treating patients with CHF will ended up one of the foremost imperative issues of cardiology within the coming decades. In spite



of the over, talks proceed around the require for treatment of asymptomatic or low-symptomatic LV brokenness with protected LVEF. The significance of fathoming this issue is emphasized by the the truth that the number of such patients is at slightest five times higher than the number of detailed cases of HF.

Results. The essential cause of the obsessive actuation of the resistant reaction may be myocardial hypoxia and the coming about hypoxia of fringe tissues. This articulation is affirmed by a straightforwardly corresponding relationship between the seriousness course of CHF and the level of proinflammatory cytokines. In spite of the presence of different speculations within the launch of the neurotic handle of HF, most analysts property the enactment of pro-inflammatory cytokines to the number of root causes of the improvement and advance of CHF. Convincing evidence of one of the essential The parts of proinflammatory cytokines within the pathogenesis of CHF were gotten in work B.Bozkurt and authors. In an try on rats, delayed implantation of TNF- α driven to expansion of the ventricles of the rodent heart with a diminish within the contractility of the heart.

The body's safe framework is enacted not as it were amid irresistible animosities, but moreover responds to factors that are etiological components the improvement of CHF (myocardial ischemia, hemodynamic stack). The most components of the resistant framework included within the advancement of CHF: pro-inflammatory cytokines, attachment particles, autoantibodies, endothelins, nitric oxide. Around 300 particles have a place to the cytokine bunch, which are a course of dissolvable peptide go between of the resistant framework that carry out its improvement, working and interaction with other systems of the human body. Agreeing to their organic part, all cytokines can be partitioned into three bunches: pro-inflammatory, anti-inflammatory and cardioprotective. Discussion. The part of other pro-inflammatory cytokines within the pathogenesis of CHF has moreover been demonstrated as a result of various considers. IL-1 takes an interest within the movement of myocardial fibrosis and compounding of the course of HF, plays an imperative part in atherosclerosis, contributing to the arrangement of atherosclerotic injuries, increased vascular aggravation and trigger plunge of plaque destabilization. IL-1 is included within the improvement of unfavorable remodeling by expanding the expression of network metallo proteinases. IL-1 has the capacity to disturb the work of the heart muscle by stifling the contractility of the myocardium, contributing to the movement of myocardial hypertrophy and causing apoptosis of cardiomyocytes. IL-6, just like the above-described proinflammatory cytokines, alludes to cytokines of systemic action. Prospective thinks about appear that a tall level of IL-6 in blood plasma could be a dependable and free indicator of the development of MI in solid individuals, as well as overall mortality within the elderly. There was also a more noteworthy increase within the level of IL-6 in patients with myocardial localized necrosis within the intense arrange, particularly within the nearness of CHF indications coupled with decreased LV LV, compared with the level of this cytokine in patients with steady coronary heart disease. To survey the conceivable relationship between the level of proinflammatory cytokines and the seriousness of CHF, these information were analyzed in patients who were re-hospitalized or passed on due to decompensation of CHF It was uncovered that the unfavorable the course of CHF with backslides and rehashed hospitalization, as well as with lethal results against the foundation of decompensation of heart disappointment is related with a critical increment within the level of proinflammatory cytokines, in spite of enormous combined pathogenetic therapy.

Conclusions. The association of the safe framework joins within the pathogenesis of CHF may be a moderately unused instructing in cutting edge cardiology, which needs a more point by point study with large comparative imminent ponders. Actuation of the cytokine framework in patients with CHF could be a marker of illness movement and decides the seriousness of the course of HF, pathogenetic effects cytokines are actualized in different ways, which needs uncommon pharmacotherapeutic strategies in these patients. Separation of person bunches of CH with a slight diminish LVF and with protected LVF moreover requires the consider of nitty gritty characteristics, pathophysiology of patients in this bunch, with the definition of restorative strategies, this will be encouraged by advance study of immunological changes in patients with CHF.

THE ORIGIN, CLINICAL COURSE AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ACUTE MIDDLE OTITIS

**Akramov A.SH-3rd stage Master of Otorhinolaryngology Scientific leader:
Norboev Z.K. Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute**

Relevance. In the treatment of patients with acute purulent otitis media, at present, three main directions can be distinguished: conservative with the help of various drugs; surgical, including micro-surgical interventions; physiotherapeutic.

In recent years, many complex treatments for acute purulent otitis have been developed. However, this problem has led otorhinolaryngologists to the need to revise traditional conservative methods due to their inefficiency and search for new treatments. One of these methods is to apply different types of physical energy: magnetic, laser, electromagnetic, etc. among them, the most effective is laser therapy (LT), which is widely used in inflammatory diseases of the QTB organs.

The appointment of rational antibiotic therapy (rabt) is a very urgent problem, the solution of which depends on a number of factors of undoubted interest for practice. Despite the fact that in the last decades the possibilities of antibiotic therapy (ABT) have increased significantly, the effectiveness of the treatment of patients with inflammatory diseases of the QTB does not always satisfy the patient and the doctor.

Many drugs with antimicrobial action can be successfully used by a doctor, if it is aimed at the nature of the possible pathogen, accurately represents the range of antibacterial action of the drug, takes into account the characteristics of its pharmacodynamics and side effects, knows how to correctly calculate the therapeutic dose of the drug, duration of the course of treatment.

The choice of antibacterial agents in the treatment of inflammatory diseases of the middle ear is an important task for an otorhinolaryngologist. The need to take into account social and economic factors, the results of Bacteriological Analysis emanating from the middle ear, the severity of the disease, its nature, the presence of complications makes this task very responsible for the practical doctor.

One of the important factors is the regimen for the use of an antimicrobial drug. Prescribing antibiotics parenteral is a method of using these drugs, which is traditionally used in our country. In diseases of the middle ear, this method is not always justified, since

in this case it is difficult to follow the treatment regimen. Complications after injections can also occur here, which in turn leads to an increase in the cost of treatment. The choice of modern oral forms with a low intake level reduces costs and makes treatment more convenient.

The purpose of the examination. The occurrence of acute middle otitis among diseases of the ENT organs of the catarrhal and purulent form, increase the clinical course and effectiveness of treatment.

Research materials. The tests will be carried out in 2021-2024 among patients treated in the Department of Otorhinolaryngology of the adti clinic and in the LOR Department of the multidisciplinary Central Hospital of the Andijan region. Results. A significant decrease in this indicator was noted on the 5th day of treatment - 2.1 ± 1.0 patients, which is 73.1% less than the initial data ($p > 0.05$). 3.8 ± 1.7 (12.6%) patients of the control group had "no" ear pain upon admission. A significant increase in this indicator was noted on the 4th day of treatment in 12.6 ± 3.4 (29.4%) patients, and before discharge this indicator was 25.8 ± 3.3 (73.4%) patients (Diagram No.3.1.2). Most of the children reported hearing loss. The "pronounced" manifestation of this symptom was noted in 16.4 ± 3.9 (54.6%) patients, and in 7.8 ± 2.6 (26%) patients, this symptom manifested itself "moderately". The level of this indicator on the 4th day of traditional treatment decreased to 10.2 ± 2.7 and 4.6 ± 2.1 patients, which is 37.9% and 41.1% less than the initial data in this case ($p < 0.05$), and by the 5th day of treatment this difference was 52.5% and 58.9%, respectively. As a result of traditional therapy, "pronounced" headaches decreased by 42.4% on day 4 relative to baseline data, and on day 5 of treatment decreased to 4.2 ± 1.9 patients, which is 70.1% less than at admission ($p > 0.05$). "Moderate" manifestations of this indicator at admission were noted in 10.6 ± 2.8 (35.3%) patients. A significant decrease in this indicator was noted on the 5th day of treatment - 2.1 ± 1.7 patients, which is 80.2% less than the initial data ($p > 0.05$). In 3.1 ± 1.2 (10.3%) patients of the control group, the "absence" of headache was noted upon admission. A significant increase in this indicator was noted on the 3rd day of treatment in 10.5 ± 1.1 (24.7%) patients, and before discharge this indicator was 81.0% – 27.4 ± 2.4 patients (Table No. 3.1.1).

Most patients were admitted with an increase in body temperature. The "pronounced" manifestation of this symptom was noted in 11.3 ± 2.8 (37.6%) patients, and in 9.7 ± 2.7 (32.3%) patients this symptom was manifested "moderately".

The level of this indicator on the 4th day of traditional treatment decreased to 3.1 ± 1.7 and 3.2 ± 1.7 patients, which is 72.5% and 67.0%, respectively, less than the initial data ($p < 0.05$), and by the 5th day of treatment this difference was 90.2% and 87.6%, respectively ($p < 0.05$).

Conclusions. The use of laser therapy and the drug cefuroxime axetil in inflammatory syndrome against the background of OCD is pathogenetically justified, since it leads to rapid relief of clinical manifestations of this disease, has a positive effect on the course of the disease and contributes to increasing the effectiveness of drug therapy and shortening the duration of treatment.

Laser therapy using cefuroxime axetil and sinupret is a minimally invasive, affordable and effective method of therapy in a complex of therapeutic measures, and can be used in all otorhinolaryngological hospitals.

ORIGIN, CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF ACUTE MIDDLE OTITIS

**Akramov A.SH-3rd stage Master of Otorhinolaryngology Scientific leader: Norboev
Z.K. Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute**

Relevance. Purulent-inflammatory diseases of the ear, throat, nose and upper respiratory tract are among the most common – on average, they affect at least 75% of the human population. The problem of adequate diagnosis, rational treatment and rational prevention of these diseases remains relevant for a wide variety of specialists – from otolaryngologists to health organizers; the integrated approach to its solution is based on the integration of different areas of knowledge, from molecular biology to hygiene and sanitation.

Acute purulent inflammation of the middle ear is a very common otiatric disease. The frequency of this disease is 25-30% of the total number of ear diseases. According to American authors, hearing loss of the US population occurs in 60% of cases due to acute purulent otitis in childhood. The social side of this problem is equally important. Frequent and prolonged diseases of the middle ear contribute to hearing loss and lead to a restriction of the main categories of human life: communication, training and the ability to work.

Among the reasons for the high incidence of the disease may be the insufficient study of the microbiological factor in the pathogenesis of otitis media. Little is known about the mechanisms for the formation of microbial biocenosis of the middle ear and the factors of stagnation of pathogens, which does not allow early diagnosis of otitis, predicting the course of the disease and conducting effective therapy. The purpose of the examination. The occurrence of acute middle otitis among diseases of the ENT organs of the catarrhal and purulent form, increase the clinical course and effectiveness of treatment. Research materials. The tests will be carried out in 2021-2024 among patients treated in the Department of Otorhinolaryngology of the addi clinic and in the LOR Department of the multidisciplinary Central Hospital of the Andijan region. Results. Of great interest is the dynamics of clinical manifestations of symptoms in children with OCD. In 17.6 ± 4.2 (58.6%) patients of the control group, "pronounced" mucopurulent and/or purulent discharge from the ear was noted upon admission, and "moderate" manifestations of this symptom in 10.4 ± 3.4 (34.6%) patients. Ear pain is noted in almost all patients of varying severity. Most patients reported hearing loss. The "pronounced" manifestation of this symptom was noted in 16.4 ± 3.9 (54.6%) patients, and in 7.8 ± 2.6 (26%) patients, this symptom manifested itself "moderately". "Pronounced" headache and soreness of the mastoid process during palpation were noted in 51.3% and 45.0% of the control group of patients, respectively. At admission, 12.7 ± 3.1 (42.3%) patients had "pronounced" edema and hyperemia of the tympanic membrane, and "moderate" manifestations of this symptom in 10.5 ± 2.9 (35.0%) patients. An increase in body temperature and weakness was noted in almost half of the patients in the control group of one degree or another. The dynamics of treatment results in children with OCD in the control group showed that "pronounced" mucopurulent and/or purulent discharge from the ear was noted at admission in 17.6 ± 4.2 (58.6%) patients, and "moderate" manifestations of this symptom were 10.4 ± 3.4 (34.6%). A significant decrease in this symptom was noted on the 5th day of treatment - 7.4 ± 1.9 and

3.8±1.8 patients, which is 58.0% and 63.5% ($p<0.05$), respectively, less than the initial data. In 1.4±0.7 (4.6%) patients of the control group, the "absence" of mucopurulent and/or purulent discharge from the ear was noted upon admission. A significant increase in this indicator was noted on the 3rd day of treatment in 5.6±1.8 (14%) patients, and before discharge this indicator was 84.7% – 26.8±3.1 patients (diagram No.3.1.1). As a result of traditional therapy, "pronounced" ear pain decreased by 33.8% on the 4th day relative to the initial data, and on the 5th day of treatment it decreased to 7.1 ± 1.6 patients, which is 52.1% less than at admission ($p>0.05$). "Moderate" manifestations of this indicator at admission were noted in 7.8±2.6 (26%) patients. Upon admission, 10.6% of patients had a "mild" hearing loss. A significant improvement in this indicator was also noted on the 5th day of treatment – 43.7% of patients. In 2.4±1.6 (8.0%) patients of the control group, the "absence" of a symptom of hearing loss was noted upon admission. A significant increase in this indicator was noted on the 3rd day of treatment in 9.1±2.2 (22.3%) patients (Diagram No.3.1.3).

The dynamics of treatment results in patients with OGSO in the control group showed that "pronounced" palpatory soreness of the mastoid process at admission was noted in 13.5±3.4 (45.0%) patients, and "moderate" manifestation of this symptom in 12.6±2.7 (42.0%). A significant decrease in this indicator was noted on the 5th day of treatment - 5.2±2.1 and in 4.6±1.9 patients, which is 61.5% and 63.5% ($p<0.05$), respectively, less than the initial data.

Conclusions. A feature of the course of the disease is the inflammatory process, excessive accumulation of inflammatory and purulent exudates in the middle ear, the manifestation of clinical symptoms of various "severity", inhibition of aeration and mucociliary integrity, violation of the drainage function of the middle ear in children of OGSO. The inclusion in the complex of therapeutic measures of rational antibiotic therapy using drugs cefuroxime axetil and sinupret, as well as laser therapy in children of OGSO contributes to the correction of inflammatory syndrome and clinical symptoms, has a general anti-inflammatory, antibacterial and decongestant effect, stimulating compensatory functions of the macroorganism.

RADIATION DIAGNOSIS IN CASE OF CERVICAL SPINE INJURY

Performed by: Atakhanova D.M., 2nd year student of clinical residency. Scientific supervisor: Rashidova Sh.U. Department of Oncology and Medical Radiology Andijan State Medical Institute

Relevance. Instability of the cervical spine (SHOP) consists in the appearance of pathological mobility of the spinal-motor segment, which is based on damage to the main structural elements, which causes an increase in the amplitude of normal movements or an expansion of degrees of freedom of movement up to previously unusual.

According to biomechanical concepts that distinguish columns, most of the supporting load falls on the rear structures - legs, arms and side masses. Great attention should be paid to the ligamentous apparatus. The ligamentous apparatus provides static stability, whereas the muscles are responsible for dynamic stability.

The reason for the instability of the spine is often degenerative changes that occur during the aging process and as a response to difficult professional working conditions. In addition, the appearance of pathological mobility in the cervical spine may be associated with injuries, inflammatory processes, tumors, the consequences of spinal surgery, congenital malformations and developmental abnormalities, genetic diseases, etc.

The purpose of the study. Improvement of radiation diagnostics in patients with a consequence of whiplash injury of the spine.

Materials and methods of research. 148 patients with acute XT - 111 people were examined; 37 patients with PCOS. The control group consisted of 40 patients with diagnosed osteochondrosis of the cervical spine.

The results of the study. According to clinical and neurological research, polymorphism of clinical symptoms is revealed in the acute period of whiplash injury, among which ligament-myofascial syndrome is in the first place in 69.4% and cervical vertebral artery syndrome in 54.2%

Spondylography of all spine sections in victims with whiplash injury showed that bone injuries of the cervical spine occur in 8.1%, and 3.6% in the thoracic and lumbosacral spine.

In patients with whiplash injury, flexion-extension-distraction fractures (fractures, dislocations and rotational fractures) predominate in 81.8%, compression fractures in 18.2% of the total number of patients with grade IV damage (11 patients). A systematic analysis of spinal radiographs in patients with whiplash injury in 86.4% of cases revealed static disorders at all levels of the spine, which served as the basis for the creation of individual rehabilitation programs. Computed tomography of the damaged segments of the cervical spine allowed 97.3% to supplement the spondylography data and in 20.9% of cases to clarify the nature and extent of the injury. The relationship of the injured area with the surrounding structures was detailed in 19.4%, the condition of the spinal canal and intervertebral foramina in 57.0% of cases, which made it possible to determine the treatment tactics. Functional spiral computed tomography of the cervical spine in patients with whiplash injury made it possible to identify damage to the right pterygoid ligament in 17.8%, the left in 11.0% of cases. Ultrasound examination of the cervical spine in victims with whiplash injury made it possible to identify pathological changes in paravertebral fixation structures in 69.0% and extracranial vessels in 61.7%. Ultrasound Dopplerography revealed signs of irritation of the periarterial sympathetic plexus of the vertebral arteries, which was determined by an increase in the resistance index in the vertebral artery on the affected side in 36.4%, while in severe cases and in the contralateral vertebral artery in 11.2% of cases.

The developed algorithm of radiological examination of the spine in patients with whiplash injury in 94.6% of cases supplemented the clinical picture with objective data of individual static-functional and morphological changes of the spine

Conclusion. The algorithms of complex radiation diagnostics implemented in medical and diagnostic practice for whiplash spinal injury have made it possible to increase the effectiveness of therapeutic and rehabilitation measures for victims

The developed methodological approaches to radiation diagnosis and rehabilitation in whiplash injury can be used in the practical activities of radiological, neurological and rehabilitation departments.

METHODS OF RADIATION DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE CERVICAL SPINE

**Performed by: Atakhanova D.M., 2nd year student of clinical residency. Scientific
supervisor: Rashidova Sh.U. Department of Oncology and Medical Radiology
Andijan State Medical Institute**

Relevance. Over the past decades, the frequency of injuries caused by instant acceleration or deceleration has increased significantly. This is a direct result of the intensive use of various means of high-speed transportation and modern lifestyle.

Most often, this type of injury is observed in road accidents, so the prevalence of XT is proportional to the number of road accidents. Annually in the USA, in Japan, XT is diagnosed in half of the registered road traffic accidents.

According to insurance companies, the prevalence of XT in developed Western countries ranges from 16 to 70 cases per 100 LLC of the population, and this indicator tends to increase. According to Galasko (1993), the frequency of this type of injury is up to 45% of all spinal cord and spinal cord injuries.

The purpose of the study. Improving the quality of diagnosis of traumatic spinal injury and developing the most informative algorithm for complex radiological examination of patients.

Materials and methods of research. The work is based on the experience of diagnosing 72 patients with acute spinal and spinal cord injuries admitted to the ASMI clinic.

The results of the study. A systematic analysis of spinal radiographs in patients with whiplash injury in 86.4% of cases revealed static disorders at all levels of the spine, which served as the basis for the creation of individual rehabilitation programs. Computed tomography of the damaged segments of the cervical spine allowed 97.3% to supplement the spondylography data and in 20.9% of cases to clarify the nature and extent of the injury. The relationship of the injured area with the surrounding structures was detailed in 19.4%, the condition of the spinal canal and intervertebral foramina in 57.0%, which made it possible to determine the treatment tactics. Functional spiral computed tomography of the cervical spine in patients with whiplash injury made it possible to detect damage to the right pterygoid ligament in 17.8%, and to the left in 11.0%. Ultrasound examination of the cervical spine in victims with whiplash injury made it possible to identify pathological changes in the intravertebral fixation structures in 69.0% and extracranial vessels of the neck in 61.7%. Ultrasound Dopplerography revealed signs of irritation of the periarthral sympathetic plexus of the vertebral arteries, which was determined by an increase in the resistance index in the vertebral artery on the affected side in 36.4%, while in severe cases and in the contralateral vertebral artery in 11.2%. The developed algorithm of radiological examination of the spine in patients with whiplash injury in 94.6% supplemented the clinical picture with objective data of individual static-functional and morphological changes of the spine.

Conclusion. In case of acute spinal injury, in an emergency setting, it is most advisable to conduct a comprehensive radiation examination using standard spondylography, MSCT and MRI in various modes. It is impractical to limit oneself only to radiography or one of

the methods, since in this case it is possible not to receive important information about the condition of the spine and spinal cord.

A comprehensive radiation examination of acute spinal injury helps to quickly solve diagnostic issues and timely determine the treatment tactics for each victim personally and predict the possible outcome of this type of injury.

THE SPECIFICS OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE COVID-19

Atakhanova S.K., Vakhabov B.M.
Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute

Introduction. Exhaustion of oxygen switches the high-impact cellular digestion system to anaerobic digestion system and impedes the oxidative phosphorylation pathway driving to mitochondrial layer potential misfortune and along these lines diminishes in generation and restrains the contractile work of the cardiomyocytes. This handle is exacerbated by the hydrolysis of the available Adenosine triphosphate (ATP) due to the invert work of F1F0 ATPase to preserve the mitochondrial layer potential. Anaerobic glycolysis comes about within the collection of lactic corrosive, which increments the intracellular causticity by lessening the pH. Extreme Intense Respiratory Disorder Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) The SARS-CoV-2 infection is watched to have an upper hand on the patient's respiratory framework and is additionally seen to influence other imperative organ frameworks. Fever, dyspnea and dry hack were the side effects that were at first detailed in Wuhan, China, where the primary cases of the infection were to begin with found. Be that as it may, with more prominent information from over the world, it is now observed that indications have a more noteworthy run, additionally incorporate intense respiratory trouble disorder (ARDS) [2] with noteworthy levels of hypoxia and can too lead to lethal outcomes, due to different organ disappointment and extreme respiratory disappointment.

Material and methods. Coronavirus may a single-stranded RNA infection of 30 kb. Concurring to its genomic cosmetics, the infection is isolated into four genera: α , β , γ , and δ SARS-CoV-2 have a life cycle that comprises of 5 stages, beginning with connection, where the infection ties to the have cell receptors, infiltration, where the infection enters the have cell through endocytosis The infection is made up of a add up to of four auxiliary proteins, to be specific . Spike comprises of two utilitarian subunits, S1 and S2, out of which S1 takes the obligation of official to the receptor of the have cell and S2 intercedes the combination between viral and cellular films. It has been found that angiotensin-converting chemical 2 [3] (ACE-2) is the useful receptor for SARS-CoV-2 and the spike protein connects to this particular receptor After authoritative to the have receptor, the spike protein is seen to embrace a protease cleavage by two successional steps, driving to its enactment. Here, the primary cleavage is seen to be at the S1/S2 location, required for preparing and the moment cleavage is at the S2 location, required for actuation. Post cleavage, the part of the S1 subunit is to stabilize the S2 subunit that's secured to the layer. S1 and S2 in any case, stay non-covalently bound to one another .3. Pathophysiology of COVID-19 Once the infection has entered, the RNA genome of the infection is discharged into the cytoplasm and viral

proteins are synthesized by means of translation and interpretation, and the viral genome is duplicated, and normally, an increment within the viral load is watched. Once within the cell, the viral antigen is displayed by the major histocompatibility complex (MHC) and is recognized afterward by the cytotoxic T lymphocytes.

Goal. To determine the dynamics of adherence to continuous therapy in patients with chronic coronary heart disease (CHD) in self-isolation during the COVID-19 pandemic.

Results. Besides, 30–60% of the patients with cardiac harm had a history of CHD as well as hypertension, individually, within the previously mentioned ponder conducted in Walk 2020, and these histories were seen to be more predominant in patients that had a cardiac harm, as compared to the ones who did not. It has been expressed that the influenced that are elderly and have basic maladies were more helpless to creating COVID-19 and were seen to fall severely sick, particularly within the patients that had DM, hypertension and CHD. Moreover, within the nearness of preexisting cardiovascular illnesses, intense provocative reactions may lead to ischemia. Amid a systemic provocative reaction, it is watched that fiery action is disturbed within the coronary atherosclerotic plaque, making them more vulnerable to burst. An occlusive thrombus may be shaped over a cracked coronary plaque, caused by irritation driving to endothelial brokenness and raised procoagulant action of blood and consequently it is secure to hypothesize that preexisting cardiovascular malady, in conjunction with an exasperated incendiary reaction may result in cardiac damage, in patients that are tainted with SARS-CoV-2.

Conclusion. In conclusion, prove from different information and thinks about proposes that there appears to be an interlink between COVID-19 and CHD, which have been examined comprehensively in this paper. A conceivable speculation may be the truth that ischemic assaults are more inclined in patients that are influenced with atherosclerosis, as the infection forcefully triggers the incendiary pathways and leads to hypercoagulation within the blood, clarifying Moreover, conceivable thinking behind the relationship between COVID-19 and cardiovascular wellbeing may be due to the tall expression of ACE-2 receptors within the myocardium, which may in portion contribute to the myocardial wounds watched in patients influenced by SARS-CoV-2. Creator composed the paper, basically evaluated the paper, made last proposals; M.B.: Proposed the thought, proposed the structure of the paper, to begin with free analyst. All creators share duty for the choice to yield the original copy for distribution. All creators have perused and concurred to the distributed adaptation of the composition. Subsidizing: This inquire about gotten no outside financing. Educated Assent Articulation: Not appropriate Clashes of Intrigued: The creators announce no strife of intrigued.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE COVID-19

Atakhanova S.K., Vakhabov B.M.
Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute

Definition Coronary heart malady (CHD) is the driving cause of mortality around the world. One of the most commitments of mortality and dreariness in CHD patients is intense



myocardial localized necrosis (AMI), which is the result of sudden impediment of an epicardial coronary supply route due to a sudden break of atherosclerotic plaque, causing myocardial ischemia. Within the starting organize of myocardial ischemia, need of oxygen and supplement supply comes about in biochemical and metabolic changes inside the myocardium. Exhaustion of oxygen switches the oxygen consuming cellular digestion system to anaerobic digestion system and disables the oxidative phosphorylation pathway inevitably driving to cardiomyocyte passing. A few thinks about propose an interlink between COVID-19 and ischemic heart malady.

Introduction. Different hazard components counting dyslipidemia, implicated vasoconstrictor hormones, hyperglycemia, pro-inflammatory cytokines, and smoking facilitate the movement of nearly 50% of the blood vessel injuries. Within the nonappearance of systemic hypercholesterolemia, invigorated T lymphocytes, certain warm stun proteins and plasma lipoprotein actuates aggravation that makes a difference the atherosclerotic plaque arrangement. Incessant irritation can crack the plaque and may lead to ischemia and myocardial localized necrosis. Delay within the rebuilding of the coronary blood stream leads to cardiac cell passing. In the event that intense myocardial ischemia is prolonged, cardiomyocyte passing starts within the sub-endocardium, and over time, spreads towards the epicardium. Within the introductory organize of myocardial ischemia, need of oxygen and supplement supply comes about in biochemical and metabolic changes inside the myocardium.

Goal. To determine the dynamics of adherence to continuous therapy in patients with chronic coronary heart disease (CHD) in self-isolation during the COVID-19 pandemic.

Material and methods. The forceful discharge of cytokines by the host's safe framework can result in perilous results such as ARDS, which may lead to drained oxygen immersion levels and this could be lethal. Relationship of COVID-19 with Cardiovascular Illnesses It has been famous that patients influenced with COVID-19 had a more prominent predominance of the cardiovascular illness, and thinks about found that >7% of the patients with the disease experienced myocardial damage. Cardiovascular infection (CVD) is one of the foremost common comorbidities watched. It is famous that in SARS, the predominance of CVD was 8%[5], and this perception is in line with cases of COVID-19 as well and is particularly slanted to the serious cases. In a specific consider, a gather of 191 patients from Wuhan, China, 48% of patients had co-morbidities, and 8% had CVD. National Wellbeing Commission of China appeared information that proposed that 17% of the patients had CHD. Additionally, 8 ponders conducted had meta-analysis comes about that appeared that among comorbidities, hypertension ($17 \pm 7\%$), Diabetes mellitus ($8 \pm 6\%$), and CVD ($5 \pm 4\%$) were the foremost predominant in COVID-19. How these relationships work is still vague, and thus numerous potential Patients that have debilitated safe frameworks and comorbidities confront COVID-19 with more prominent seriousness, and those with existing atherosclerosis will be more helpless to ischemia as a result of SARS-CoV2 upregulating provocative pathways and defective coagulation. This may clarify the obsessive impacts of SARS-CoV-2. Additionally, the raised expression of ACE-2 receptors within the myocardial cells may be an clarification behind the relationship between COVID-19 and cardiac wellbeing. Expanded levels of cardiac biomarkers were watched, indicating towards myocardial harm in cases that came up at starting stages in China. In add up to, 7.2% of the hospitalized patients in Wuhan, China, contaminated with the infection,



appeared expanded levels of tall affectability cardiac troponin I or unused ECG variations from the norm, recommending the nearness of cardiac harm. National Wellbeing Commission of China detailed that 12% of the patients without known CVD appeared tall levels of troponin when Hospitalized/ Cardiac troponin (cTn), a portion of the contractile device of cardiomyocytes, is one of the foremost particular and favored biomarkers of intense myocardial harm.

Results. A critical include of COVID-19 is the nearness of higher levels of cardiac biomarkers. Patients that have been conceded to the seriously care unit and had antagonistic results, as well as mortality, appeared lifted levels of troponin I and brain-type natriuretic peptide (BNP) in Washington. Moreover, 40% of passings in a cohort in Wuhan, China, were due to myocardial harm and heart disappointment, in a few cases, together with respiratory disappointment. An balanced cox relapse demonstrate appeared that the patients at higher dangers of passing had expanded circulating biomarkers of cardiac damage. Interests, it was found that the chance of passing related to intense cardiac harm was altogether higher than that found with earlier history of CVD, DM, age and persistent aspiratory malady. In a cohort of patients in Wuhan, a more prominent rate of patients that were non-survivors and were at basic stages of the illness, had hoisted levels of blood weight, and this indication, may have been due to different issues such as a straightforward response due to the contamination, a plausible inclining figure due to the contamination or is connected to the clutter of expression of ACE-2, which cannot be derived with the previously mentioned information. Besides, patients moreover appeared to have created arrhythmias in patients at serious stages of the contamination and were auxiliary to myocarditis, systemic irritation, hypoxemia as well as metabolic derangements. The hazard of cardiac complications within the influenced people may be lifted due to raised thrombotic proclivity, as proposed by finding more noteworthy levels of D-dimer.

Conclusion. In conclusion, prove from different information and thinks about proposes that there appears to be an interlink between COVID-19 and CHD, which have been examined comprehensively in this paper. A conceivable speculation may be the truth that ischemic assaults are more inclined in patients that are influenced with atherosclerosis, as the infection forcefully triggers the incendiary pathways and leads to hypercoagulation within the blood, clarifying Moreover, conceivable thinking behind the relationship between COVID-19 and cardiovascular wellbeing may be due to the tall expression of ACE-2 receptors within the myocardium, which may in portion contribute to the myocardial wounds watched in patients influenced by SARS-CoV-2. Creator composed the paper, basically evaluated the paper, made last proposals; M.B.: Proposed the thought, proposed the structure of the paper, to begin with free analyst. All creators share duty for the choice to yield the original copy for distribution. All creators have perused and concurred to the distributed adaptation of the composition. Subsidizing: This inquire about gotten no outside financing. Educated Assent Articulation: Not appropriate Clashes of Intrigued: The creators announce no strife of intrigued.



**ASSESSMENT OF SPECIFICITY AND STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF
TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WHO HAVE
UNDERGONE COVID-19**

**Atakhanova S.K., Vakhobov B.M.
Department of Faculty Therapy
Andijan State Medical Institute**

An expanded ACE2 receptor expression within the myocardium may somewhat contribute to the myocardial wounds that are watched in patients influenced by SARS-CoV-2. Besides, pre-existing cardiovascular illness, in conjunction with an exasperated provocative reaction which causes an up-regulation in pro-inflammatory cytokines. In addition, patients with atherosclerosis are watched to be more inclined to ischemic assaults when influenced by COVID-19, due to hypercoagulation within the blood as well as raised pro-inflammatory markers.

Introduction. Ischemia is caused due to a decrease in blood stream in an range, as a result of a blockage within the blood vessel. Ischemic heart malady, commonly alluded to as coronary heart infection (CHD), for the most part leads to the narrowing of coronary courses, which essentially supply oxygenated blood to the cardiac muscles. One of the most commitments of mortality and dismalness in CHD patients is intense myocardial dead tissue (AMI). Acute-ST fragment height myocardial localized necrosis (STEMI), which is the result of unexpected impediment of an epicardial coronary course due to a sudden break of atherosclerotic plaque, most commonly influences the cleared out front slipping course (Fellow) (50%), right coronary supply route (30%) and cleared out circumflex course (20%). Atherosclerosis may be a multifactorial dynamic infection of the blood vessel divider and is illustrated by central improvement of atherosclerotic injury or plaque inside the blood vessel divider. Smooth muscle cells (SMCs) and mononuclear phagocytes (MPs) as well as provocative cells such as macrophages, T cells, dendritic cells and pole cells amass within the injuries as the malady advances.

Goal. To determine the dynamics of adherence to continuous therapy in patients with chronic coronary heart disease (CHD) in self-isolation during the COVID-19 pandemic.

Material and methods. This functional receptor is seen to be exceedingly communicated within the epithelial cells of the lungs, and the receptor is seen to be communicated at tall levels in other organ frameworks as well, such as the heart, kidneys, bladder as well as ileum. The infection is thought to be spread for the most part through respiratory droplets, fecal–oral as well as by means of contact. Viral replication has been seen to require put within the mucosal epithelium of the upper respiratory tract as well as within the gastrointestinal mucosa. Intense liver and heart wounds have been watched, beside the runs and kidney disappointment, proposing that non respiratory indications may moreover play a part, in case not basically, in COVID-19 patients.

Clinical discoveries have proposed that patients with COVID-19 have irritated provocative reactions when they created the contamination. Such fast viral replication leads to endothelial as well as epithelial cell passing, together with spillage of blood vessels. This in turn is seen to trigger pro-inflammatory intervening cytokines and chemokines. ACE-2 receptors are found to be exceedingly concentrated in number, within the pneumocytes, on



the apical side of these cells. SARS-CoV-2 oversees to enter these cells and annihilate the receptors display. The aviation route entry has its natural immune system built with three imperative components—dendritic cells, macrophages which offer assistance battle off the infection until versatile resistance kicks in, and

epithelial cells, as the primary obstruction. Moreover, it moreover has been considered that macrophages and dendritic cells, both being antigen-presenting cells (APC), trigger the T cell-mediated reaction in COVID-19[4]. These APCs can phagocytize the cells influenced by the infection and in this manner were apoptotic. Patients had appeared lifted levels of plasma concentrations of interleukin (IL) 6, IL 10, granulocyte-colony fortifying calculate (G-CSF), monocyte chemo-attractant protein (MCP1), macrophage provocative protein (MIP)1 α , as well as

tumor rot calculate (TNF)- α . This upregulation of pro-inflammatory cytokines, moreover commonly alluded to as a “cytokine storm”, has been found to result in multi-organ disappointment, lung damage, as well as the advancement of extreme COVID-19.

Results. The premise of this hazard is different components such as endothelial and smooth muscle actuation, macrophage actuation, platelet actuation as well as tissue figure expression in atheromatous A think about distributed in Walk 2020 found 19.7% of patients that tried positive for COVID-19, had a cardiac damage which heart harm is autonomously connected to an raised chance of mortality. It was seen that as compared to patients that had no cardiac damage, extreme intense sickness was watched in patients that had the cardiac harm, and so, they had lifted levels of C-reactive protein, creatinine levels as well as NT-proBNP, more noteworthy different mottling, and ground-glass darkness. Moreover, more than 50% of patients that had cardiac damage confronted in-hospital passing in this specific consider, indicating towards the reality that cardiac damage may have been initiated due to COVID-19 and subsequently lead to extreme results. On the opposite, in any case, a later ponder has found restricted sums of interstitial mononuclear inflammatory invades within the cardiac tissue, with the nonappearance of significant myocardial damage in an influenced person, implying that the disease may not specifically harm the hea By the by, reversible, subclinical diastolic cleared out ventricular disability was found to be common in patients that had intense SARS disease, which recommended that cleared out ventricular brokenness watched in intense stags may be capable for the cytokine storm watched.

Conclusion. In conclusion, prove from different information and thinks about proposes that there appears to be an interlink between COVID-19 and CHD, which have been examined comprehensively in this paper. A conceivable speculation may be the truth that ischemic assaults are more inclined in patients that are influenced with atherosclerosis, as the infection forcefully triggers the incendiary pathways and leads to hypercoagulation within the blood, clarifying Moreover, conceivable thinking behind the relationship between COVID-19 and cardiovascular wellbeing may be due to the tall expression of ACE-2 receptors within the myocardium, which may in portion contribute to the myocardial wounds watched in patients influenced by SARS-CoV-2. Creator composed the paper, basically evaluated the paper, made last proposals; M.B.: Proposed the thought, proposed the structure of the paper, to begin with free analyst. All creators share duty for the choice to yield the original copy for distribution. All creators have perused and concurred to the distributed adaptation of the composition. Subsidizing: This inquire about gotten no outside

financing. Educated Assent Articulation: Not appropriate Clashes of Intrigued: The creators announce no strife of intrigued.

ADVANTAGES OF STUDYING THE ENDOSCOPIC AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE ESOPHAGEAL MUCOSA IN CHILDREN

Performed by: B. Makhsudov. Treatment faculty 643 Group student., Scientific supervisors: Makhsudova H.F. Department of Pediatrics of the Faculty of Medicine Andijan State Medical Institute

Relevance. The most common risk factors in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) are the formation of Barrett's esophagus and esophageal adenocarcinoma. Studies on the incidence of Barrett's esophagus in children are controversial. Therefore, early diagnosis of this condition is important.

The purpose of the study. To determine the relationship between endoscopically visualized and morphological changes in the mucous membrane of the esophagus in children with GERD.

Materials and methods of research. A total of 25 children with GERD, aged 9 to 17 years, were examined. Clinical data and the results of esophagogastroduodenoscopy were used to verify the diagnosis. To identify the nature of morphological changes in the mucous membrane of the esophagus, a biopsy material was examined. The processing of the material and the description of the preparations were carried out according to the standard procedure.

The results of the study. Endoscopic examination of children with GERD diagnosed various degrees of esophagitis: grade I (catarrhal esophagitis) in 17 (68%) children, grade II (erosive) 8 children (32%). Severe inflammatory process during histological examination of biopsies was detected in 18 (72%) children. Gastric metaplasia (Barrett's esophagus) was found in 3 (12%) children with catarrhal esophagitis.

The own plate of the mucosa was characterized by focal, sometimes diffuse leukocyte infiltration, with a predominance of lymphocytes (22; 88%). Epithelial cells were in a state of dystrophy of varying severity: in some preparations, the cells had hyperchromic nuclei (16; 64%), the cytoplasm of these cells was darker colored, another group of cells had larger sizes, often the cytoplasm in them was vacuolized (21; 84%).

Conclusion. Studies have shown that there is a discrepancy between the severity of endoscopic manifestations and the severity of morphological changes in the mucous membrane of the esophagus in children with GERD in children, which should be taken into account when choosing treatment tactics and evaluating the prognosis of the disease.



NEW TECHNOLOGIES IN THE SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY PLEURAL COMPLICATIONS OF PNEUMONIA IN CHILDREN

Performed by: B. Makhsudov. Treatment faculty 643 Group student., Scientific supervisors: Makhsudova H.F. Department of Pediatrics of the Faculty of Medicine Andijan State Medical Institute

Relevance. One of the main tasks in pulmonary pleural complications is the elimination of pathological contents from the pleural cavity. In this regard, the use of a hydrosurgical device with simultaneous cutting of dense fibrinous mooring and elimination of detritus is of particular relevance.

The purpose of the study. To evaluate the results of treatment of children with pulmonary-pleural complications of pneumonia using various surgical methods of pleural cavity sanitation.

Materials and methods of research. From 2022 to December 2023, 50 children with a diagnosis of acute community-acquired pneumonia were treated at the AODB.

The results of the study.. In this work, 50 patients (11.76%) who had pulmonary-pleural complications of pneumonia will be analyzed. Attention is drawn to the late admission of patients to the hospital — 8.3 days ($\pm$ 2.4 days). Pleural drainage was performed in 44 patients (88%). In 25 (50%) cases, etiotropic therapy performed against the background of pleural drainage proved ineffective, which required thoracoscopic and/or hydrosurgical sanitation of the pleural cavity. There were no fatalities.

The average duration of stay of patients in the department of infectious pediatric profile or intensive care before surgery was 5.4 days ($\pm$ 1.8 days). The average bed-day during drainage of the pleural cavity was 23.9; with thoracoscopic sanitation — 22.6 days; with hydrosurgical sanitation — 20.4 days.

According to control examinations, after 3 months, 6 months and 1 year, in patients who underwent thoracoscopic and hydrosurgical sanitation, fibrinous overlays on pleural leaves regressed faster (86%) according to radiation research methods.

Conclusion. Hydrosurgical technologies create favorable conditions for the re-expansion of a compromised lung and contribute to the early rehabilitation of children with pulmonary-pleural complications of pneumonia.

PHYSICAL DEVELOPMENT IS AN INDICATOR OF THE HEALTH OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN

Performed by: B. Makhsudov.

Treatment faculty 643 Group student., Scientific supervisors: Makhsudova H.F. Department of Pediatrics of the Faculty of Medicine Andijan State Medical Institute

Relevance. The physical development of children is one of the main criteria for the health status of the child population, reflecting the influence of endogenous and exogenous factors. The child's body is in the process of continuous growth and development, and its violation should be regarded as an indicator of ill-health. That is why it is necessary to receive timely information about the physical development of the younger generation.

The purpose of the study. To study the physical development of primary school children.

Materials and methods of research. 90 children aged 6-8 years (50 girls, 40 boys), indicators of physical development (anthropometry).

The results of the study. As a result of the study, it was revealed that 54 children (54%) have a harmonious development, of which 1.8% are low harmonious, 3.7% are lower—average harmonious, 53.7% are medium harmonious, 20.4% are above-average harmonious, 20.4% are high harmonious.

The remaining 46% of children have physical development disorders, of which 2.1% have a lower—average sharp disharmonic, BMI II ct, 2.1% have an average, sharp disharmonic BMI II ct, 4.3% have a higher—average, sharp, disharmonic BMI II ct, 28.4% have a high sharp disharmonic, BMI II ct, 4.3% have an average, disharmonious, BMI I st, 6.6% — above average, disharmonious, BMI I st, 15.3% — high disharmonious, BMI I st, 4.3% — low disharmonious, DMT I st, 6.6% — below average disharmonious DMT I st, 15.3% — average disharmonious, DMT I st, 4.3% — high disharmony, DMT I st, 2.1% — low, sharply disharmonious, DMT II st, 4.3% — average, sharply disharmonious, DMT II st.

Conclusion. Thus, a violation of physical development was detected in 46% of children of primary school age. The data obtained indicate the need for a more thorough assessment of children's physical development before entering school.

FEATURES OF REJECTION IN CHILDREN WITH VARIOUS RHEUMATIC DISEASES

Performed by: B. Makhsudov. Treatment faculty 643 Group student., Scientific supervisors: Makhsudova H.F. Department of Pediatrics of the Faculty of Medicine Andijan State Medical Institute

Relevance. It is known that children react differently to the situation of severe illness. Timely identification of the types of reaction to the disease will help identify children who are in dire need of psychological help.

The purpose of the study. To determine the types of a child's reaction to the disease with varying severity of the disease.

Materials and methods of research. 75 children suffering from rheumatic diseases of varying severity. Drawing techniques for the study of the image of self and family; the "Three Wishes" test; self-assessment scales; the "Who am I?" technique; the "Unfinished sentences" technique.

The results of the study. The combination of features of the emotional and motivational-need sphere, self-awareness and communication with peers, determine the type of child's reaction to the disease. With mild to moderate severity of the disease, there are: • A favorable reaction (33.8%). Personal development takes place along a trajectory close to the normative one. • Narrowing of living space (9.3%). The adaptive mechanisms of personality outside the hospital are reduced.

In a hospital setting, the child manages to maintain a variety of activities unrelated to the treatment process. • Intellectualization (7.6%). The mood background and self-esteem

are reduced, they are selective in choosing friends, they are immersed in reflections on the topic of health and treatment. In the middle and severe course of the disease, the following are observed: • Infantilization (17.1%). A decrease in the rate of development of self-awareness, personal immaturity comes to the fore. • Immersion in the disease (18.4%).

There is a significantly reduced emotional background, inactivity, and the leading motive is to preserve health. • Disability (13.8%). Physically and emotionally, children are dependent on close adults, inactive, have a negative attitude to their appearance, identify with the image of a sick person, and are uncommunicative.

Conclusion. All children with severe illness need psychological help, because they have a high risk of adverse reactions to the disease and distortions in personal development. 2. The content of psychological assistance to children with severe illness is determined by the type of his reaction to the disease.

THE STATE OF THE SYMPATHETIC-ADRENAL SYSTEM ACTIVITY IN MENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERTENSION

Bahriddinova N., Tashtemirova I.M.
Department of faculty therapy
Andijon State Medicine Institute

Of course, the fundamental role in the formation of hypertension in perimenopause is assigned to the natural deficiency of female sex hormones for the menopausal period, but the main mechanisms increases in blood pressure are universal and are primarily associated with activation of the sympathetic-adrenal (SAS) and renin-angiotensin-aldosterone systems (RAAS), as well as with vascular endothelial dysfunction. In the menopausal period, as a result of a deficiency of sex hormones, arterial hypertension often develops, general somatic and cardiohemodynamic manifestations of which reduce the quality of life of women and reduce its duration. However, the features and patterns of manifestation of psychosomatic disorders in arterial hypertension in menopausal women require further study.

Objective: to study the functional activity of the sympathetic-adrenal system and clinical and functional features in menopausal women with metabolic syndrome.

Materials and methods: MS is exposed based on the recommendations of experts of the All-Russian Society of Cardiologists. The stage and degree of AG were determined according to the recommendations of WHO and the International Society for Hypertension (1999) and in accordance with the classification adopted at the meeting of the All-Russian Scientific Society of Cardiology. To quantify the severity of menopausal syndrome, the Kupperman menopausal index, generally accepted in clinical practice, was used (modified by E.V.Uvarova, while the detected neurovegetative manifestations of menopausal syndrome were considered mild at 10-20 points, moderate - 21-30 points, heavy - more than 30 points.

Instrumental examination: The results of clinical studies were processed using the applied statistical processing programs of the Excel program, as well as by the method of variational statistics using the Student's t-criteria tables. The differences between the arithmetic

averages were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results and discussion. Excretion in the daily urine of all fractions of DA and DOPA in patients with hypertension is statistically significantly lower than the control level. The excretion of free, conjugated and total A and NA in MS patients was statistically significantly higher than in healthy patients. The difference in DOPA excretion in MS was 39.1% ($P < 0.001$). Thus, we found a statistically significant increase in the daily excretion of free and conjugated forms of KA (A, NA, DA) in MS patients. In the alimentary factor group, patients indicate excessive consumption of carbohydrates and fats. Overweight and obesity are considered the main components. In the examined patients, the Quetelet index, body mass index and the degree of abdominal obesity were determined. Measurement of waist circumference in group I showed 78.8 ± 1.14 cm, in group II 80.3 ± 0.46 , and in group III 102.5 ± 1.5 cm. Neurovegetative disorders were the most pronounced, and their severity significantly increased during the transition to postmenopause in both women with hypertension (from 22 to 29 points) and without hypertension (from 18 to 25 points). Thus, in premenopause, grade 1 hypertension was encountered in 48.2% of women, and grade 2 in 46.5%. During the transition to postmenopause, the number of patients with grade 2 hypertension sharply increased (81.6%) and a threefold increase in those with grade 3 hypertension (from 5.1% to 15%). The revealed changes in postmenopausal women with hypertension may be associated with their gradual adaptation to

changed physical, psychological and social conditions. A further increase in the tension of the activity of the SAS is aimed at mobilizing the internal reserves of the body. However, at one of the stages of this process, the catabolic orientation of the effects of SAS begins to manifest itself, and a further increase in the activity of which becomes one of the main elements of the formation of this pathology and its complications.

Conclusions: Thus, the results of the conducted studies have shown that in MS, the activation of CAC occurs, expressed by an increase in the content of A and NA in the blood and urinary excretion of KA (A, NA, YES, their precursor DOPA). With the onset of menopause in women with hypertension, there is an increase in the average daily systolic blood pressure, as well as the speed and magnitude of its morning rise, which are more pronounced in the postmenopausal period. A study of patients with metabolic syndrome showed a change in the functional activity of the sympathetic-adrenal system with increased urinary excretion of free and conjugated forms of catecholamines, and therefore early correction is necessary to prevent the development of complications.

STATE OF THE SYMPATHETIC-ADRENAL SYSTEM SPECIFICITY IN MENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERTENSION

Bahriddinova N., Tashtemirova I.M.

**Department of faculty therapy
Andijon State Medicine Institute**

MS metabolic syndrome is a comorbid disease that includes several pathologies at once: diabetes mellitus, hypertension, obesity, coronary heart disease. The term "syndrome X" was first introduced at the end of the twentieth century by the American scientist Gerald Stephen. The disease most often affects people aged 35 to 65 years, mainly male patients suffer. In women, the risk of developing the syndrome after menopause increases by 5



times. Hypertension often serves as one of the first clinical manifestations of MS. To understand atherosclerosis, hypertension and coronary heart disease, it is necessary to study biogenic amines (adrenaline, norepinephrine, serotonin, etc.) and their precursors, metabolic products and enzymes involved in their metabolism.

Objective: to study the functional activity of the sympathetic-adrenal system and clinical and functional features in menopausal women with metabolic syndrome.

Materials and methods: MS is exposed based on the recommendations of experts of the All-Russian Society of Cardiologists. The stage and degree of AG were determined according to the recommendations of WHO and the International Society for Hypertension (1999) and in accordance with the classification adopted at the meeting of the All-Russian Scientific Society of Cardiology. To quantify the severity of menopausal syndrome, the Kupperman menopausal index, generally accepted in clinical practice, was used (modified by E.V. Uvarova, while the detected neurovegetative manifestations of menopausal syndrome were considered mild at 10-20 points, moderate - 21-30 points, heavy - more than 30 points.

Instrumental examination: General clinical examination was carried out according to generally accepted programs (clinical analysis of blood, urine, ECG, X-ray examination of the chest organs, etc.). Determination of adrenaline (A), norepinephrine (NA), dopamine (DA) and DOPA in daily urine was performed by trioxindole fluorimetric method modified by E.S. Matlina, Z.M. Kiseleva, I.E. Sofieva. Determination of the content of conjugates of catecholamines (KA) in urine was carried out according to the method described by T.I. Lukicheva, V.V. Menshikov, T.D. Bolshakova.

Results and discussion. The maximum level of total cholesterol, triglycerides, LDL is marked in group III, compared with the control and II groups at $t > 2$ according to the Student criterion ($R < 0.05$; $R < 0.01$; $R < 0.001$). Compared with the control, the value of total cholesterol in patients with hypertension increased by 42.2%, and in women with MS - by 51.1%. The triglyceride content in group III exceeded the control value by 46.6%, in group II by 20%. The LDL level in group II exceeded the indicator of the control group by 60.7%, the LDL content in group III increased by 85.7% compared to the healthy group. HDL in group II and III was reduced compared to the control. Fluctuations in blood pressure were significantly more common in postmenopausal women, 90.3% of individuals, and with preserved ovarian function only in 15.7% of patients. An increase in blood pressure in menopausal women was accompanied by a symptom complex "hot flashes" 81.2% of cases. Also, in all the observed groups there were patients with type II diabetes mellitus (2.6% women with preserved ovarian function and 20% postmenopausal women), which may indicate the presence of a relationship between carbohydrate and lipid metabolism disorders in menopausal women. The tendency to increase the incidence of type II diabetes in the postmenopausal period (20% compared to 2.6% in women of the control group, $p < 0.05$) indicates the progression of metabolic disorders with the development of menopause in the observed category of patients. When comparing the first and second groups, the difference in blood glucose levels was 7.1%, and in groups I and III – 47.6%. In the study, we noted a statistically significant increase in the excretion of A and NA in the daily urine of patients with hypertension and MS. Thus, the daily excretion of total A in patients with hypertension with healthy individuals increased by 38.2% ($P < 0.001$), total by 31.8%.

Conclusions: Thus, the results of the conducted studies have shown that in MS, the activation of CAC occurs, expressed by an increase in the content of A and NA in the blood and urinary excretion of KA (A, NA, YES, their precursor DOPA). With the onset of menopause in women with hypertension, there is an increase in the average daily systolic blood pressure, as well as the speed and magnitude of its morning rise, which are more pronounced in the postmenopausal period. A study of patients with metabolic syndrome showed a change in the functional activity of the sympathetic-adrenal system with increased urinary excretion of free and conjugated forms of catecholamines, and therefore early correction is necessary to prevent the development of complications.

INDICATIONS FOR THE OCCURRENCE OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE ANDIJAN REGION

G.M.Bektasheva, Xolmatova G.A.

**Department of hospital therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute**

Actuality. We found that 8% of patients with DFS with the presence of an infectious process were prescribed empirical AT not on the 1st day of hospitalization, without justification in the medical documentation for the delayed prescription of ABLs. After receiving the results of bacteriological culture, the replacement of one antibacterial drug with another group of drugs/drugs was carried out in 37% of cases. Replacement of the antibacterial drug is acceptable during treatment, however, we consider the percentage obtained to be quite high, the data obtained indicate an incorrect starting AT. The next step in our study was to study the structural features and resistance of pathogens of wound defects in patients with DFS. The growth of microorganisms was detected in the study of wound discharge in 91.58% of patients. The obtained figures are consistent with the literature data, according to which wound defects in DFS are characterized by a high risk of bacterial infection due to the presence of favorable conditions for the progression and torpid course of the infectious process. Among gram-negative bacteria, gram-negative rods and gram-negative cocci were isolated - 68.6% and 31.4%, respectively; among gram-positive bacteria, gram-positive cocci and gram-positive rods were isolated - 96.1% and 3.9%, respectively. The resulting microflora is not quite typical for patients with wound defects on the background of SDS.

Purpose of the study. Optimization of prevention and treatment of diabetic foot syndrome in patients with diabetes mellitus in Andijan region.

Material and research methods. Clinical studies will be conducted during the examination and treatment of 60 patients with diabetic foot syndrome who applied to the endocrinology department of the ASMI clinic. When performing scientific research, empirical, theoretical and mathematical methods were used. Theoretical methods included the study of literature data on the epidemiology of the disease, the structure of mortality, the role of tissue ischemia in the development of the disease, diagnostic possibilities for early detection of the disease, modern methods of conservative treatment. The methodological basis for the study was the work of foreign and Russian scientists in the field of clinical pharmacology, endocrinology, evidence-based medicine, and medical statistics.



Results of the study. Due to the fact that at present there is such heterogeneity in the use of various CGs and such a variety of documents that a practicing physician can use, we have analyzed each valid document from the list presented.

1. Brief protocols for the management of patients with the most common conditions in general medical practice [33] were developed by the association of general practitioners and are intended primarily for use by general practitioners (therapists) in the management of patients with therapeutic pathology, as well as surgeons in the management of patients with surgical pathology. One section of this document is devoted to the management of patients with DFS. This section provides a brief description of the typical patient with DFS and outlines the general principles of patient management (history to be noted; general examination; general principles of treatment). However, these protocols do not contain information about the features of the clinical picture of DFS, including the appearance of a foot ulcer, and about typical infectious agents for DFS. This document does not contain specific information on LP that can be used in the treatment of these patients. Also, in our opinion, this document lacks information about the levels and classes of recommendations, which can make it difficult to use these protocols in the practice of a doctor who daily faces the problem of finding evidence-based information.

2. Algorithms for specialized medical care for patients with diabetes mellitus [1] - the main document in the Russian Federation, which guides endocrinologists in their professional activities in the management of patients with diabetes and its complications. These "Algorithms" are based on international and domestic experience in providing care to patients with diabetes. These CGs are intended for practitioners involved in the treatment of patients with DM. One of the sections is devoted to the management of patients with DFS. These recommendations present risk groups for DFS, reflect two classifications of DFS that should be followed in clinical practice to formulate a diagnosis and determine further tactics for managing patients. This is the classification of wound defects according to Wagner and the classification according to the clinical forms of SDS. The CG discusses the diagnostic criteria and describes the treatment strategy for each clinical form of DFS. It is worth noting that the updated edition of these recommendations includes a full section on the prevention of DFS, one of the important components in the management of these patients. The role of preventive measures in the development of SDS can hardly be overestimated; they are vital for patients with DM.

According to the WHO and IDF, up to 80% of diabetes-related amputations are preventable. However, there is also no information in the CR data on typical pathogens of the infectious process for DFS and on the tactics of choosing a specific ABLS.

3. Since 2000 In Russia, the “International Agreement on the Diabetic Foot” developed by an international team of doctors and specialists in the field of diabetic foot treatment is regularly broadcast. After the approval of this document, we can assume that assistance to patients with SDS in our country began to meet the requirements of world standards. The last version of the document was updated in 2015. The recommendations of this Guide are set out in accordance with the GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) system, which is used to classify evidence in compiling the CG. These recommendations include the following sections: prevention of foot ulcers in patients at risk; information about special shoes for patients with diabetes, the principles of unloading the foot for the prevention and healing of diabetic ulcers; diagnosis, management

algorithm for patients with foot ulcers associated with peripheral arterial disease; diagnosis and treatment of foot infections in diabetic patients; therapy that promotes the healing of foot ulcers in diabetes. It should be noted that these recommendations define the general tactics of treating patients, but the recommendations to the practitioner on the choice of specific groups of drugs are not sufficiently disclosed.

Conclusions. It has been established that medical prescriptions for patients with diabetes mellitus to correct carbohydrate metabolism generally comply with the standards of medical care, however, there is a pronounced pharmacotherapeutic inertia in treatment regimens. In the insulin group, drugs that mimic stimulated insulin secretion are present only in 49.5% of cases (short-acting insulins - 95% and analogue insulins - 5%); drugs that mimic basal insulin secretion - 49.3% of cases (intermediate-acting insulins - 88% and long-acting insulins - 12%); mixed insulins - 1.2%. In the PSSP group: sulfonylurea derivatives are prescribed in 72% of cases, biguanides - 22%, DPP-4 inhibitors - 2%, combined PSSPs - 4%. In the structure of isolated pathogens, according to bacteriological seeding of the wound discharge of the feet of patients with SDS-residents of the Andijan region, *St.aureus* predominates - 32.5% of cases, *Enterococcus* - 15.5%, *St. Epidrmidis* - 12%.

PREVENTION OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE ANDIJAN REGION

G.M.Bektasheva, Xolmatova G.A.

**Department of hospital therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute**

Actuality. Diabetes mellitus (DM) is one of the leading causes of general morbidity, disability and mortality in the population, including those of working age. The social significance of DM is determined by its complications. Diabetic foot syndrome (DFS) occupies a special place among infectious and inflammatory diseases in patients with DM 2. According to the algorithms of specialized medical care for patients with diabetes, “The diabetic foot syndrome combines pathological changes in the peripheral nervous system, arterial and microcirculatory channels, and the osteoarticular apparatus of the foot, which pose an immediate threat or the development of ulcerative necrotic processes and gangrene of the foot.”

Due to the lack of a single classification for diagnosing SDS, practitioners interpret the term "diabetic foot" in different ways. On the one hand, this circumstance complicates the timely verification of DFS, and on the other hand, it increases the percentage of undiagnosed diabetic feet or, conversely, leads to overdiagnosis. The first definition of "diabetic foot" appeared in 1987, translated from English in the report of the WHO research group on diabetes mellitus. And in Russian literature, this term was first introduced by A.P. Kalinin in 1991 in his monograph “Surgical diseases in patients with diabetes mellitus”.

Purpose of the study. Optimization of prevention and treatment of diabetic foot syndrome in patients with diabetes mellitus in Andijan region.

Material and research methods. Clinical studies will be conducted during the examination and treatment of 60 patients with diabetic foot syndrome who applied to the endocrinology department of the ASMI clinic. When performing scientific research,

empirical, theoretical and mathematical methods were used. Theoretical methods included the study of literature data on the epidemiology of the disease, the structure of mortality, the role of tissue ischemia in the development of the disease, diagnostic possibilities for early detection of the disease, modern methods of conservative treatment. The methodological basis for the study was the work of foreign and Russian scientists in the field of clinical pharmacology, endocrinology, evidence-based medicine, and medical statistics.

Results of the study. The dynamics of the functioning of the microhemocirculatory bed against the background of pharmacotherapy with DOACs in DFS was evaluated for the first time using the LDF method. Flowmetry at the screening stage in patients with DFS in both groups revealed signs of ischemia in the microvasculature of the lower extremities, as evidenced by reduced perfusion values (PM), as well as low pulse (Ac) and respiratory wave (Ap) values. It should be noted that changes in these indicators were recorded in patients with the initial stage of DFS even before clinical manifestations, which allows us to consider this instrumental method as a diagnostic prognostic criterion for the early stages of DFS.

When analyzing the perfusion value (PM) in patients with DFS in both groups, we found an increase in this indicator in dynamics against the background of DOAC therapy, which indirectly indicates an increase in blood flow in the lower extremities due to an increase in the number of erythrocytes entering the arterioles, however, rivaroxaban was more effective, than dabigatran (53.51% increase versus 48.46%). When comparing patients with different risk of bleeding within group I, a higher increase in PM was obtained in patients with a high risk of bleeding (subgroup A) - 67.15% than in patients with a low risk of bleeding (subgroup B) - 42.11%.

Conclusions. It has been established that medical prescriptions for patients with diabetes mellitus to correct carbohydrate metabolism generally comply with the standards of medical care, however, there is a pronounced pharmacotherapeutic inertia in treatment regimens. In the insulin group, drugs that mimic stimulated insulin secretion are present only in 49.5% of cases (short-acting insulins - 95% and analogue insulins - 5%); drugs that mimic basal insulin secretion - 49.3% of cases (intermediate-acting insulins - 88% and long-acting insulins - 12%); mixed insulins - 1.2%. In the PSSP group: sulfonylurea derivatives are prescribed in 72% of cases, biguanides - 22%, DPP-4 inhibitors - 2%, combined PSSPs - 4%. In the structure of isolated pathogens, according to bacteriological seeding of the wound discharge of the feet of patients with SDS-residents of the Andijan region, St.aureus predominates - 32.5% of cases, Enterococcus - 15.5%, St. Epidrmidis - 12%.

ADVANTAGES IN THE PREVENTION OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE ANDIJAN REGION

G.M.Bektasheva, Xolmatova G.A.

**Department of hospital therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute**

Actuality. The definition of diabetic foot syndrome as a set of pathological processes that pose a threat to the development of ulcerative necrotic processes and foot gangrene was widely disclosed in 1998 in the Russian monograph "The Diabetic Foot Syndrome". The



term "diabetic foot syndrome" or "diabetic foot" combines a number of lesions of the lower extremities in diabetes. Due to the wide variety of these lesions, the correct definition of DFS remains problematic for many practitioners. According to the Russian Clinical Guidelines, “SDS combines pathological changes in the peripheral nervous system, arterial and microcirculatory channels, and the osteoarticular apparatus of the foot, which pose a direct threat or the development of ulcerative necrotic processes and gangrene of the foot”.

When analyzing the preanalytical stage of diagnostic search, we estimated the timing of biological material sampling for bacteriological examination, as this determines the quality and reliability of the results obtained at subsequent stages of microbiological examination. According to our data, bacteriological culture of the wound discharge was taken on day 4.63 ± 4.75 of hospital stay, which does not correspond to the CR and the standards of care for patients with DFS. The type and nature of the transport of biological material, as well as the choice of the transport medium, were not indicated either in the patient's hospital records or in the antibiograms obtained from the bacteriological laboratory, which did not allow us to analyze this important aspect. The duration of waiting for the results of bacteriological examination was 5.41 ± 1.85 days. Empirical AT was assigned to 83.7% of patients.

Purpose of the study. Optimization of prevention and treatment of diabetic foot syndrome in patients with diabetes mellitus in Andijan region.

Material and research methods. Clinical studies will be conducted during the examination and treatment of 60 patients with diabetic foot syndrome who applied to the endocrinology department of the ASMI clinic. When performing scientific research, empirical, theoretical and mathematical methods were used. Theoretical methods included the study of literature data on the epidemiology of the disease, the structure of mortality, the role of tissue ischemia in the development of the disease, diagnostic possibilities for early detection of the disease, modern methods of conservative treatment. The methodological basis for the study was the work of foreign and Russian scientists in the field of clinical pharmacology, endocrinology, evidence-based medicine, and medical statistics. Results of the study. We explain the greater increase in perfusion in group I by differences in the mechanism of action of the drugs. PM reflects the state of vascular tone, which decreased against the background of taking anticoagulants (as evidenced by an increase in perfusion numbers), and also reflects the value of the average blood flow in the recording time intervals. An increase in this indicator indirectly indicates an increase in blood flow in the vessels. Rivaroxaban prevents "thrombin explosion", platelet aggregation, therefore, improves blood flow. We explain the effect of anticoagulants on vascular tone by the blocking effect of thrombin, which, under the conditions of the pathological process in DFS, leads to damage to the vascular wall and vasoconstriction.

The advantage within group I in patients with a high risk of bleeding (subgroup A) is due to the more pronounced pharmacodynamic effects of rivaroxaban, which directly correlate with the pharmacokinetic features in these patients. When analyzing the pulse wave (Ac) in patients with DFS in both groups, we found an increase in this indicator in dynamics against the background of DOAC therapy, which indicates an increase in the inflow of arterial blood into the microcirculatory bed, however, rivaroxaban was more effective than dabigatran (124% increase vs. 73.08%). When comparing patients with different risk of bleeding within group I, almost comparable results were obtained - 119.5%

in the low risk group (subgroup B) and 119.4% in the high risk group (subgroup A) on rivaroxaban.

Conclusions. It has been established that medical prescriptions for patients with diabetes mellitus to correct carbohydrate metabolism generally comply with the standards of medical care, however, there is a pronounced pharmacotherapeutic inertia in treatment regimens. In the insulin group, drugs that mimic stimulated insulin secretion are present only in 49.5% of cases (short-acting insulins - 95% and analogue insulins - 5%); drugs that mimic basal insulin secretion - 49.3% of cases (intermediate-acting insulins - 88% and long-acting insulins - 12%); mixed insulins - 1.2%. In the PSSP group: sulfonylurea derivatives are prescribed in 72% of cases, biguanides - 22%, DPP-4 inhibitors - 2%, combined PSSPs - 4%. In the structure of isolated pathogens, according to bacteriological seeding of the wound discharge of the feet of patients with SDS-residents of the Andijan region, St.aureus predominates - 32.5% of cases, Enterococcus - 15.5%, St. Epidrmidis - 12%.

SPECIFICITY OF THE EFFECT OF ROSUVASTATIN ON THE INDICATORS OF CYTOKINES AND MAO ACTIVITY IN PATIENTS WHO HAVE BEEN DIAGNOSED WITH IHD AND APDOMINAL OBESITY

**Bustanov Sh.Ya., Kuchkarov X
Andijan State Medical Institute**

Relevance. The fate of patients with IHD depends on the adequate-outpatient treatment carried out by the doctor, the quality of the treatment, the timely diagnosis and the prompt medical care or hospitalization of the patient at the right time. Judging by European statistics, IHD and cranial stroke account for 90% of diseases of the cardiovascular system. This confirms that IHD is one of the most common diseases. The number of various somatic diseases in combination with Acholi's karishi increases Ham. YUKTK is in the leading causes of death of people on Earth, and 16 million in each year.dan already leads to the connection of the person and large economic burdens. Among the causes of Ulim from yuktk, the ischemic heart rate (IHD) is 43-88%, and the number increases in people over 45 years of age . The change in environmental conditions in different places of the Earth and the increase in the number of smokers among akholi bring the problems of the respiratory organs to the forefront. In the current vaccine, this pathology stands in the fifth urine of all causes of death, that is, 2.2-6.8%. In those who have complications with Sue, the mortality rate that occurs in IHD is 1-2 times higher than in the general population. Other investigations (ARIC Study) showed that patients with IHD were found to be 2 times more likely to experience ischemic stroke than control Group. When 1,800 patients were isolated in cheboksar (chuvash Republic), 20.6% of them were found to have observed IHD. In contrast, age was found to be 1% at 30-39; 3.6% at 40-49; 9% at 50-59; and 7% at 60-69. All components of as increase ir, dyslipidemia, sympato-adrenal system activity, AP these will be associated with increased APdominal (visceral) fat weight, increased triglyceride synthesis in the liver, and free fatty acids are released. Increased body weight increases AP development indicators and the risk of developing DM (G.A.Bray.1998). According to epidemiological data, one in three inhAPitants of Russia suffers from obesity. Obesity and excess body weight (EBW) attract more and more researchers ' attention year after year.



According to scientific research conducted in a number of countries of the world, obesity and OTV are the main risk factors in the formation of DM and Yuqtk. At the same time it has been shown that APdominal obesity is important in aloxia in increased risk of YUQTK. Increased APdominal body weight causes an increase in the indicators of early development of diseases of IHD, AG, DM, atherosclerosis. Thus, the meeting of IHDni with AS IS a new non-infectious pandemic in world civilization, which is the main reason for the development of complications of YUQTK, and the increase in mortality, causing a decrease in the quality of betrayal.

The purpose and objectives of the work. To study the indicators of the activity of cytokines and Mao in patients diagnosed with IHD and APdominal obesity and to correct these changes.

Materials and methods. We took control of 55 patients in our scientific examination. There are 15 control groups, healthy from practical humor. 40 patients are composed of as and IHD observed patient Group. Patients were treated mainly in the cardiology and therapy departments of the Andijan State Medical Institute. Patients were diagnosed on the basis of diagnosis, Anamnesis, objective, clinical examinations, anthropometric and IAPoratory tests.

Results of verification. Cardiovascular diseases have been the most pressing problem of medicine around the world for several decades in kolmok. The reason for this is the prevalence of these diseases in the midst of morbidity, laecatlessness to mexnat in the okibati of these diseases and an increased level of ulim. It is known to us that yuk and obesity have great importance in the origin of cardiovascular diseases. In the literature of the current period, the influence of MS on the development of ICTs and their consequences is widely studied.

Controlled patients were always under the control of the doctor. The duration of the disease was from 1 to 20 years. The social status of patients examined was as follows. As and IHD identified patients were 20.4% unemployed, 40.8% from servants and 38.8% from workers. Many patients have hereditary cardiovascular diseases and DM diseases in their Anamnesis. In patients who have been diagnosed with IHD, their complaints are mainly pain in the heart socket given to the left hand to the shovel and collar, and malaise in the heart socket, Heart play, hoarseness, rapid fatigue, and general impotence.

In control groups, patients aged 20-29 years accounted for 13.3%, patients aged 30-39 years-33.4%, and patients aged 40-49 years-53.3%, the frequency of occurrence of the disease increased with age. It appears that patients with IHD were 30-39 years old – 7.5%, 40-49 years old-32.2%, and 50-59 years old-60%. In patients with as + IHD observed, the frequency of occurrence of the disease increased with age. Including 30-39 years old -5%; 40-49 years old-25%, and 50-59 years old-70%, with most AS+IHD falling between 50-59 years old (figure 3.1., tAPle -3.2). An examination of the cardiovascular system found that 18 patients had an increased cardiac tip impulse, in 13 the relative articular border of the heart shifted slightly to the mixed left and down.

Conclusion. As and stAPle stenocardia FS II marked dyslipidemia condition xam was found. Triglycerides are 1.8 times as high, while YuZLP has decreased by 1.6 times. We found that Mdani increased blood levels in patients with as+IHD observed, 2.3 times higher than control group indicators.

TREATMENT OF THE EFFECT OF ROSUVASTATIN ON THE INDICATORS OF CYTOKINES AND MAO ACTIVITY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH YUIK AND ABDOMINAL OBESITY

**Bustanov Sh.Ya., Kuchkarov X
Andijan State Medical Institute**

Relevance. In the 20th-11th centuries, complications of heart and vascular disease (ICU) atherosclerosis occupy the first place in terms of the causes of death and loss of working capacity as before. According to scientific studies conducted in a number of countries of the world, abdominal obesity is the main risk factor in the formation of DM. At the same time it has been shown that abdominal obesity is important in aloxia in increased risk.

In Central Asian countries, mortality rates from Yucca are 2.7 times that in European countries, 4.6 times that in infected patients over 65 years of age. Studies in recent years have shown that adipose tissue secretes a large amount of substances with different biological effects, which call for the development of companion obesity complications, including ir, Auto -, para - and endocrine function. Of such hormonal substances of adipose tissue, these are leptin (L) and adiponectin (an). Leptin production in the body weight index has been shown to be independent of the positive correlation between gi and ir. Fatty acid-capturing animal fats are caused by structural changes in phospholipids in excess istemolic cell membranes and disruption of expression of genes controlling the passage of insulin signals within the cell, including ir development. Also introduced alongside the concept of ir was the concept of selective leptinoreistance. But its mechanisms and causes have not been studied to the end.

The purpose and objectives of the work. To study the indicators of the activity of cytokines and Mao in patients diagnosed with IHD and abdominal obesity and to correct these changes.

Materials and methods. We took control of 55 patients in our scientific examination. There are 15 control groups, healthy from practical humor. 40 patients are composed of as and yuik observed patient . Patients were treated mainly in the cardiology and therapy departments of the Andijan State Medical Institute. Patients were diagnosed on the basis of diagnosis, Anamnesis, objective, clinical examinations, anthropometric and laboratory tests.

Results of verification. Kettle index of $30.4 \pm m2$, 31.6% higher than the control guru , and 2.1% higher than the II guru. The data obtained gives reason to think that arterial pressure, the level of the sympato-adrenal system and glycemia are related to body weight. To clarify this issue, a corellation test was conducted between the the Kettle index. The data obtained confirm that there is a direct.

Between correlation the magnitude of the coefficient (R) was 0.32 and 0.42 ($R < 0.05$), respectively. Co-occurrence of Risk Factors in as + IHD observed patients was as follows. Obesity rates in AS+YUIK identified patients have been shown to have the following rates. Those with normal body weight accounted for 7.2%, while those with HMVD accounted for 35.7%. In patients who found Ms+YUIK with obesity I-level IHD observed 35.7%, II-level 14.2%, and III-level 7.2%, the normal body weight was 4.6%, HMVD 41.6%, obesity I - level 30%, II-level 18.1%, and III-level 4.6% kildi ($r < 0.05$).

Conclusion. With age increases in patients diagnosed with AS and stable stenocardia FS II, the frequency of occurrence of this pathology increased. Namely, that is, it was 70% between the ages of 50-59 at the most. Those with overweight made up 41.6%, obesity 30% I-Level, II-level 18.3%, and III-level 3.3%.

THE EFFECT OF ROSUVASTATIN ON THE INDICATORS OF CYTOKINES AND MAO ACTIVITY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH YOIC AND ABDOMINAL OBESITY

**Bustanov Sh.Ya., Kuchkarov X
Andijan State Medical Institute**

Relevance. In those with obesity, the mortality rate that occurs IHD from ischemic heart disease is 2-4 times higher than in the general population. Currently, the incidence of ASMI is 4.0-10.2% among adolescents and 30% among the middle-aged population. 7% of the inhabitants of our planet (450 million. kishi) was ill with obesity. And with DM type II, 10% -30% of the population of the Earth's edge was infected. Obesity induces IR, and as a consequence, the risk of Type II DM increases by 2-fold in Grade I obesity, 5-fold in Grade II, and 10-fold in Grade III-IV. Arterial pressure (A/B) 4-5 when the body weight increases by every four kg mm.silvest.gal increases. AP 6-8 when adipose tissue increases by 10% mm.silvest.gal increases.

The development of IHD depends on the interaction of various genetic factors and the environment. In many cases, IHD can develop due to the combined effects of risk factors, among which is an increase in serum low-density lipoproteins. Hereditary Omis make up around 50% of pzlpl diversity (Dobordjginidze L.M., 2000; Grasiansky N.A., 2000). Ischemic heart disease is a common disease in its treatment and prophylaxis the severity of the problems in Haman has not decreased, but rather this disease has entered into a presumptive tone and caused people to turn a blind eye from the world prematurely, become disApled during the same period of navel or, if there is no Hech, to break the flavor of their marriage. Ischemic heart disease is a very common disease, the temporary or complete loss of the cocktail APility of the world's ethos, and one of the main causes of death from a blockage is characterized. Therefore, this disease is one of the main problems of Medicine of the XXI century. In the 80s, in developed European countries, the death of Acholi was arranged to die from ischemic heart disease equal to half a half. In the U.S., male and female deaths in the 80s between the ages of 35-44 were 60 per 100,000 axle, with a gender ratio of 5:1. Male and female deaths from ischemic heart disease aged 65-74 were 1,600 per 100,000 axoli with a gender ratio of 2:1.

The purpose and objectives of the work. To study the indicators of the activity of cytokines and Mao in patients diagnosed with YUIC and APdominal obesity and to correct these changes.

Materials and methods. We took control of 55 patients in our scientific examination. There are 15 control groups, healthy from practical humor. 40 patients are composed of as and IHD observed patient. Patients were treated mainly in the cardiology and therapy departments of the Andijan State Medical Institute. Patients were diagnosed on the basis of

diagnosis, Anamnesis, objective, clinical examinations, anthropometric and laboratory tests.

Results of verification. It is known to us that uterine nervousness in the coming of IHD, giving rise to the ill-wishers, has great importance. In this review, Ham nervousness was analyzed to be the most frequent risk factor. In total with IHD+MS, 68 patients found patients to have 41.5% irritability, 4.3% pedigree, 10% patient obesity, and 11.2% – climax and menopause. With negative factors such as 7% with alcoholism and 8.5% with smoking, 3% of patients associated with diseases with increased mining pressure. 14.5% of patients did not associate their disease with a hectic thing.

In patients with AS + IHD detection, the average AP when AP is examined is 158.2 ± 4.4 mm.s.m.who., While the DAP is 90.3 ± 3.6 mm.s.m.ust.ga are equal. In the control group, the AP averages are AP 114 ± 2.5 mm.s.m.who., DAP 78 ± 2.4 mm.s.m.ust.ga in equal patients with AS+IHD, the number of heartbeats per minute ranged from 80-135. The body weight index for patients under examination was found to be the Kettle index and APdominal obesity. The Thalia circle measured $76.2 \pm$ cm in I-Group, $98.4 \pm$ CM in II-Group, and $100.2 \pm$ CM in patients with AS+IHD. In patients with AS+IHD, the APdominal size was 29.2% higher than that of the control group, while in AS+IHD, it increased by 31.8% compared to I-group, and in comparison to ii-group, it was 2.2% yukori bulgan. When TVI was examined the rate was $23.1 \pm$ m2 in the control cluster and $29.8 \pm$ m2 in the Kettle index in II-cluster patients.

Conclusion. AS and stable stenocardia FS II patients analyzed a significant increase in the activity of cytokine indicators. Serum inflammation mediators showed an increase of IL-6 by 2 times, while inflammation karshi tsitokin IL-10 had a 30% decrease in activity.

ULTRASOUND EXAMINATION AND THE USE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING FOR ACCURATE VISUALIZATION OF THE STATE OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

Zaylobiddinov Ibrohim

**Faculty of Pediatrics, group of 530 students Scientific supervisor: G.I.Sultonov,
Assistant of the Department of Physiology
Andijan State Medical Institute**

Relevance. Spontaneous pneumothorax is a fairly common emergency condition, so according to Kibrik B.S. (2015): in England, 17 per 100 thousand people, in the USA – 4; in Sweden – 18, respectively, and 80% of them are men, and with age, in the presence of emphysematous elements, the frequency of pneumothorax increases. The problem of early and differential diagnosis of pneumothorax is of particular relevance (A. A. Polyantsev 2015). According to Tatur A.A. and Plandovsky A.V. (2011) the most informative method of diagnosing spontaneous pneumothorax is MRI, which allows 95% verification of pulmonary bullous emphysema. However, not all hospitals in our region currently have this device. From this point of view, the most informative and economical method of diagnosing pneumothorax is ultrasound examination.

Research materials and methods. A retrospective analysis of 206 inpatient medical records and records of patients with spontaneous pneumothorax treated in the surgical

departments of the ASMI clinic and antituberculous hospital over the past 2 years was carried out.

Results and discussion. The analysis of the studied maps showed that men prevailed - 162 (78.6%), 118 aged 20-35 years (persons with tuberculous pneumothorax); 55-60 years - 68 patients (spontaneous pneumothorax after rupture of emphysematous bulls). In the elderly, spontaneous pneumothorax had a gradual onset, the clinic proceeded slowly- a slight shortness of breath bothered, and 34 patients had a history of myocardial infarction, the existing pain was a reason for hospitalization, however, an ECG did not establish signs of a repeat infarction, during ultrasound of the chest organs, and subsequent radiography revealed a limited left-sided spontaneous pneumothorax. In young people, spontaneous pneumothorax had a vivid clinical picture characteristic of active tuberculosis: cough, fever, weight loss, but the reason for seeking medical help was severe chest pain. The patients were taken to the clinic on duty, a sonographic examination established the presence of free gas in the pleural cavity, after which emergency care was provided to these patients. Subsequently, after some improvement in the condition, to assess the effectiveness of the treatment, to clarify the condition of the affected lung, to determine how much the lung has expanded (especially in children and adolescents, when it was not possible to find out the cause of spontaneous pneumothorax), 74 patients underwent magnetic resonance imaging. In 14 children and adolescents, tomograms revealed bullous and cystic changes in the straightened lung. In 7 patients, a complication of pneumothorax in the form of accumulation of pus was revealed, and they subsequently underwent surgical intervention.

Conclusions. Patients admitted in an emergency with suspected spontaneous pneumothorax need, in addition to an ECG, ultrasound sonography, this method is affordable, economical, has no radiation load and most importantly, almost all hospitals and polyclinics have devices and specialists working in hospitals around the clock. To determine the effectiveness of the treatment, the degree of expansion of the affected lung, as well as to clarify the etiology of spontaneous pneumothorax, it is necessary to use magnetic resonance imaging.

RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY WITH CORRECTION OF COMBINED SURGICAL PATHOLOGY IN PATIENTS OF ADOLESCENCE AND YOUNG AGE.

A.A. Yigitov, Kh.A. Yuldashev, O. Sh. Phoziljonov

**The Department of General Surgery, Anesthesiology-Reanimatology and
Otorinolaringology Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan Scientific
supervisor: G.M. Khodzhimatov,**

Currently, in healthcare around the world, including Uzbekistan, the gold standard for surgical treatment of combined diseases of the abdominal organ proved to be simultaneous operations using endovideosurgical technologies. The purpose of this scientific work was to evaluate the effectiveness of simultaneous endovideosurgical operations in patients with combined diseases o simultaneous endovideosurgical operations in patients with combined diseases of the abdominal organs in adolescence and young adulthood.

Material and methods: Work based on 48 adolescents and young men of both genders aged 12-20 years with combined surgical diseases of the abdominal organs: Chronic calculous cholecystitis (CCCH) + solitary liver cyst (SLC) -9, CCCH + echinococcal cyst (EC)-19, CCCH + umbilical hernia (UH)-12 and CCCH + inguinal hernia (IH) -8. All patients underwent laparoscopic cholecystectomy (LCC) at the first stage, followed by correction of combined pathology. The surgical intervention was performed in an endovideosurgical surgical room using an endovideosurgical stand manufactured by Karl Storz (Germany), under multicomponent balanced intravenous anesthesia in the condition of artificial ventilation. In (9) patients with a solitary liver cyst after LCE, laparoscopic resection of the liver cyst was performed. The protruding part of the cyst shell was excised after preliminary puncture aspiration of its contents. We install thoracoports as with LCE in (19) patients undergoing laparoscopic echinococcectomy from the liver; in the right hypochondrium in place of 5 mm we install thoracoport of 20 mm in size. After removal of the echinococcal cyst, treatment of the residual cavity in (17) patients with a greater omentum, and a “mini” laparotomy was used in 2 patients in the projection of the residual cavity using the “capitonage” method according to Delbe due to the impossibility of packing with an omentum. Herniotomy with plastic surgery of the anterior abdominal wall using the Mayo method from a “mini” access was applied in 12 patients with an umbilical hernia and inguinal ring repair was performed using a swaddle mesh and a two-composite mesh in 8 patients with inguinal hernias

Results and discussions: All operated patients did not require narcotic analgesics in the postoperative period. No suppuration of postoperative wounds was observed. The average duration of the operation was 60 ± 10 minutes, the average hospital bed day was 4.5 ± 0.5 days, the average rehabilitation period was 12-14 days. The drainage tubes were removed the next day after ultrasound control.

Conclusions: Performing simultaneous laparoscopic operations for correction the combined surgical diseases of the abdominal organs is appropriate and justified, since combined surgical pathology is eliminated within the framework of one surgical intervention and anesthesia. SLO is accompanied by a cosmetic, aesthetic and economic effect, a minimal incidence of complications, a short period of stay for patients in the hospital and a short period of rehabilitation.

ROLE AND RELEVANCE OF THE NASAL CAVITY MICROBIOME IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS

**Madaminova N.E., Khakhkharova D.M., Khoshimova D.Kh.
Andijan State Medical Institute**

Relevance of the topic. Due to the large socio-economic losses, this problem is relevant for the health system of many countries. Currently, SRS is characterized by a multifactorial disease, changes in the microbiota, dysbalance of the immune system, allergens, toxins, hereditary predisposition may be the cause. Thanks to the improvement of diagnostic methods (in particular, sequencing technologies), in the last decade it became clear that microorganisms occupy a key place in the occurrence and distribution of SRS, so they became one of the pressing problems in Otorhinolaryngology. Diseases of the nasal



passages (BYOB) are the most common pathology in Otorhinolaryngology, the development of which is massively added by the modern environmental situation, the prevalence of allergic and viral diseases, a decrease in local and general immunity. Many researchers are thinking that in recent years there has been a tendency to increase the incidence of chronic rhinosinusitis (SRS) worldwide, including chronic polyposis rhinosinusitis (SPRS). SPRS occurs mainly in patients over 30 years of age. A number of scientists suggest that men are more likely to be infected than women. Among those who seek a LOR doctor, patients with SPRS make up 5%. Symptoms of the disease in SRS are maintained for up to 3 months, and X-ray changes are maintained for up to 4 months after treatment, when no signs of acute inflammation are observed in the ham. Inflammatory diseases of the nasal cavity and nasal lateral cavities (BYOBs) occupy a place in the structure of chronic pathology of the LOR-organs. According to some scientists, there are several theories that underlie the transfusion of the nasal cavity and BYOB mucosa into polypose tissue.

The purpose of the study. It consists in the development of an algorithm for the diagnosis and complex treatment of chronic rhinosinusitis, taking into account the condition of the nasal cavity microbiome.

Material and methods of research. Based on the above goals and objectives, the scientific

research work was carried out in the Otorhinolaryngology Department of the clinic of the Andijan State Medical Institute and in the Otorhinolaryngology Department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy. Under our observation, there were 161 patients with chronic rhinosinusitis aged 18 to 70 years. Of the 161 patients, 140 were without chronic rhinosinusitis allergy (SRS), while 21 patients had chronic rhinosinusitis allergy background (SRS+ar). In addition, 20 healthy individuals aged 22-55 years, similar in sex and age, were examined, with no

symptoms of acute respiratory diseases of the nose for 6 months in the ham without allergic and chronic conditions in their Anamnesis. The analysis of lubricants from the nasal cavity was carried out in the bacterial Laboratory of the Andijan region railway workers ' clinic, as well as in the bacteriological Laboratory of the Tashkent Dental Institute. In recent years, one-stop methods of

determining the sensitivity of microbes to drugs have been developed by scientists (serial dilution method, disk method and x.k.). Among these methods, in many cases a special emphasis is placed on the disc-diffusion method, zero is convenient in the application of this method, is economically cumbersome and the results are accurate.

Results of the study. The radiation passing through the object is recorded during the examination, with a highly sensitive Matrix sensor located along the trajectory of the rotation. The beam energy is then converted to electronic signals, numbered, processed on a computer, and a virtual three-dimensional model of the scanned Sox is created. The three-dimensional reformat is then "cut" in layers in the form of axial incisions of a certain size, and stored in the memory of a single incision computer in the form of a file in DICOM format (which is the universal General Medical format where CT-viewers receive). The most important advantage of conical-beam tomography is that it has much lower radiation than ordinary CT scanning. The sensitivity of this examination method is equivalent to computed tomography. The results of the detection of mucosiliary clierens of the nasal

cavity in patients with SRS. The determination of mucosilliar transport function was carried out in all patients through the standard saccharin test. To compare the resulting indicators, healthy 20 kungilli without diseases of the nasal and nasal lateral cavities were obtained. In patients with SRS, the transport function of the nasal cavity mucosa was 38.56 ± 0.04 minutes on average and 31.65 ± 0.61 minutes in patients with SRS+ar. In the control group, the rate was 11.54 ± 1.46 minutes. It cannot be denied that the indicators of the results obtained are also influenced by pathological changes in the anatomical structures of the nasal cavity. We determined the change in the concentration of hydrogen ions (nasal separation rn) using a special indicator paper. The RN value detected in the nasal cavity is more reliably predicted than the RN value determined after removing the nasal mucosa from the nasal cavity. The nasal separation separated from the nasal cavity quickly loses is gas, which leads to a significant shift of the active reaction to the acidic direction.

Conclusions. A gene assessment of the phylogenetic diversity of microflora in patients with chronic rhinosinusitis found increased levels of pathogenic microflora and decreased commensal microflora in patients with SRS and SRS+ar.

The use of pathogenetically based clinical-diagnosis and treatment algorithms in patients depending on the SRS night and the condition of the nasal cavity microflora leads to an increase in the effectiveness of treatment, a decrease in the number of relapses and their rapid recovery.

THE ROLE OF THE NASAL CAVITY MICROBIOME IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS

**Madaminova N.E., Khakhkharova D.M., Khoshimova D.Kh.
Andijan State Medical Institute**

Relevance of the topic. It is most acceptable to use the term "rhinosinusitis" to identify inflammatory pathologies of the nasal lateral spaces, zero almost always pathological changes in the mucous membrane of the sinuses are accompanied by similar signs in the nasal cavity. Rhinosinusitis as a nosological form combines infectious (viral, bacterial, fungal) and non-infectious (traumatic, autoimmune, allergic) etiological diseases of various nasal cavities and nasal flare-ups. Rhinosinocytes occupy one of the leading positions in the structure of inflammatory pathology, regardless of the patient's age, climatic conditions in which they live and the standard of living. Infectious rhinosinocytes are among the most common diseases, acute catarrhal sinusitis develops the most and is characterized by one of the signs of acute respiratory viral infection. Bacterial invasion in cavities is a complication of the viral process, with acute bacterial rhinosinusitis, up to 15% of adults and 5% of children get sick every year, however, in some cases, patients do not seek medical attention and, as a result of independent treatment, cause an increase in accurate indicators of the disease. Chronic rhinosinusitis (SRS) remains the most common and painful clinical syndrome that characterizes persistent inflammation of the nasal cavity and nasal flare-ups, leading to nasal obstruction, rhinorrhea, pain in the face socket, and anosmia. SRS is usually classified according to the latest AAO-HNS recommendations, according to the presence or absence of nasal polyps in endoscopy or visualization. SRS accounts for 4.5-12% of the overall morbidity with respect to prevalence of the most common disease, and 0.5-4.3% of



the small group of patients with nasal polyposis found in studies. In this, it is most common among men in Western countries, in old age and asthmatics.

The purpose of the study. It consists in the development of an algorithm for the diagnosis and complex treatment of chronic rhinosinusitis, taking into account the condition of the nasal cavity microbiome.

Material and methods of research. Based on the above goals and objectives, the scientific research work was carried out in the Otorhinolaryngology Department of the clinic of the Andijan State Medical Institute and in the Otorhinolaryngology Department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy. Under our observation, there were 161 patients with chronic rhinosinusitis aged 18 to 70 years. Of the 161 patients, 140 were without chronic rhinosinusitis allergy (SRS), while 21 patients had chronic rhinosinusitis allergy background (SRS+ar). In addition, 20 healthy individuals aged 22-55 years, similar in sex and age, were examined, with no symptoms of acute respiratory diseases of the nose for 6 months in the ham without allergic and chronic conditions in their Anamnesis. The analysis of lubricants from the nasal cavity was carried out in the bacterial Laboratory of the Andijan region railway workers ' clinic, as well as in the bacteriological Laboratory of the Tashkent Dental Institute. In recent years, one-stop methods of determining the sensitivity of microbes to drugs have been developed by scientists (serial dilution method, disk method and x.k.). Among these methods, in many cases a special emphasis is placed on the disc-diffusion method, zero is convenient in the application of this method, is economically cumbersome and the results are accurate.

Results of the study. X-ray of the nasal lateral cavities was carried out in the forehead-nose and nose-jaw projections in patients with chronic damage to the nasal lateral, gaimor cavities. In the study of obzor X-ray in patients with a catarrhal form of chronic gaimoritis, in 75 cases a uniform decrease in the transparency of gaimor spaces was detected, in 36 cases – intensively, and in 24 cases – sharp shading, X - rays of 56 patients with chronic purulent gaimoritis showed an uneven, 24 – even, 5 –intensively, 7 – a coastal decrease in the transparency of gaimor spaces. Conical-beam computed tomography of the nasal and nasal lateral spaces allows color X-ray imaging of the nasal barrier structure in the frontal and axial planes. The study was conducted on a conical-beam computed tomograph of Galileo, Sirona (Germany) with the patient standing upright. No special preliminary screening was required. According to the results of the study, we were lucky with the maximum degree of deviation of the nasal barrier from the midline (in mm) in frontal and axial projections. A distinctive feature of work is that an X-ray tube that travels around the circumference of the patient's head makes cone-shaped radiation characteristic. It is such a form of radiation smoke that allows the object under study to occupy a large volume at the same time.

Conclusions. In patients with SRS and SRS+ar, increased pathogenicity of staphylococci detected in the nasal cavity, i.e. a sharp increase in plasmacoagulase, fibrinolysin, lecithinase and antilizosim, as well as decreased lysosomal titer from immunological status indicators, increased neutrophil phagositary activity, increased IGA. A gene assessment of the phylogenetic diversity of microflora in patients with chronic rhinosinusitis found increased levels of pathogenic microflora and decreased commensal microflora in patients with SRS and SRS+ar.

MORPHOFUNCTIONAL PROPERTIES OF PERIPHERAL ERYTHRON CONNECTIVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC NONSPECIFIC LUNG DISEASES

Performed by: Toshpulatov A 5th year student of the Faculty of Medicine 540 gr
Scientific supervisor: Mirzaakhmedova I.Z. Department of Hospital Therapy and
Endocrinology
Andijan State Medical Institute

Relevance. The scientific data accumulated to date suggest that erythrocytes are involved in the pathological process not only in hematological diseases, but also undergo serious changes in structure and function in diseases of infectious and inflammatory genesis. Often, the severity of inflammatory diseases of the internal genital organs in women correlates with the presence of immune dysfunction and anemia syndrome.

The purpose of the study. The analysis and assessment of the morphofunctional state of the peripheral erythron link in patients with hemophilia in groups with and without exacerbation of hemorrhagic syndrome in the presence or absence of anemia at the time of examination to characterize erythropoiesis in these patients were carried out.

Materials and methods of research. The study was conducted in 47 patients and 10 healthy people who made up the comparison group. The patients were divided into 2 groups, according to the presence or absence of exacerbations of hemorrhagic syndrome at the time of examination.

The group with exacerbation of hemorrhagic syndrome included 25 people aged 20 to 59 years. In turn, this group was divided into 2 subgroups: one subgroup with hemoglobin levels above 120 g/l (without anemia) - 12 people; and the other - below 120 g/l (with anemia) - 13 people. The group without exacerbations of hemophilia included 22 people aged 18 to 51 years. The control group consisted of 10 healthy people, comparable to the study groups in age.

The results of the study. A study of the peripheral erythron link in patients with hemophilia determined reticulocytosis (28.8%), as well as a left shift of the reticulocyte series before the appearance of reticulocytes of classes I and II, which is an indirect indicator of the increased regenerative capacity of the bone marrow.

In patients with severe hemophilia in the group with exacerbation of hemorrhagic syndrome (with anemia), a decrease in the electrophoretic mobility of peripheral blood erythrocytes was found.

In patients with severe hemophilia with the presence or absence of hemorrhagic syndrome, signs of accelerated erythropoiesis were revealed, expressed in changes in the erythrocyte formula and morphology of erythrocytes.

The ratio between the individual parameters of the peripheral erythron link (electrophoretic mobility of peripheral blood erythrocytes, erythrocyte sedimentation rate, number of erythrocytes, average erythrocyte volume) indicates the features of erythropoiesis in patients with severe hemophilia.

Against the background of adequate and timely hemostatic therapy for exacerbations of severe hemophilia, transfusion therapy with erythrocyte-containing blood components without the presence of clinical symptoms is not necessary.

Despite periodic or regular blood loss, the body of patients with severe hemophilia adapts to it and includes compensatory reactions to compensate for it.

Conclusion. Thus, the data obtained as a result of the conducted studies indicate the significant role of the infectious and inflammatory process not only in the pathogenesis of secondary infertility, but also in a significant change in the state of the peripheral erythron link in this category of patients.

ASSESSMENT OF THE STATE OF GENERAL CIRCULATION IN ARTERIAL HYPERTENSION

Performed by: Mamadkhodzhaev O, 4th year student of LF 467 gr Scientific supervisor: Akhmedova H.Yu. Department of Hospital Therapy and Endocrinology Andijan State Medical Institute

Relevance. The widespread prevalence of arterial hypertension (AH), as well as the high incidence of complications leading to prolonged hospitalization, early disability and mortality, explain the great social significance of this disease.

It has been shown that left ventricular hypertrophy (LVH) in hypertension is a compensatory reaction of the myocardium to an increase in pressure load. LVH is associated with a gradual change in the geometry and mass of the myocardium, as well as fibrous changes in the stromal components of the heart.

It is known that the development of fibrosis is preceded by an inflammatory reaction of a proliferative type, in the development and course of which immunocompetent cells and inflammatory cells participate. Previously, we showed that in some patients suffering from hypertension with LVH, lymphocytosis is detected in the peripheral blood, an increase in the proliferative and cytokine-producing activity of lymphocytes, including the factor stimulating neutrophil migration, which a number of authors attribute to growth factors regulating angiogenesis

The purpose of the study. To study the features of coagulation hemostasis disorders, levels of inflammatory markers and indicators of endothelial dysfunction in patients with essential arterial hypertension.

Materials and methods of research. The work is based on the results of a study of clinical and laboratory parameters of 82 patients with essential arterial hypertension. Clinical data were obtained on the basis of the ASMI clinic. The criteria for inclusion in the study of patients were arterial hypertension of stage II-III.

The results of the study. It is known that an increase in the activity of coagulation factor VIII predisposes to thrombosis and is a thrombophilic condition. We have determined the content of this coagulation factor in patients with arterial hypertension. In the control group, the level of factor VIII was $99.9 \pm 3.6\%$, and in the group of patients with arterial hypertension, this indicator was 131, ($\pm 6.6\%$, which turned out to be higher ($p < 0.001$) than in the control group.

It is well known that ischemic brain damage and myocardial infarction often accompany hypertension.

It turned out that in the group of patients without complications, this indicator was equal to $126.7 \pm 6.9\%$, and in the group of patients with complicated hypertension, this

parameter was $151.7 \pm 17.5\%$. When comparing these two groups of patients with arterial hypertension, statistically significant differences were revealed ($p < 0.05$).

No correlation was found between the level of factor VIII and CRP ($g = 0.06$; $p = 0.963$). There was also no relationship between the levels of coagulation factor VIII and Il-6 ($g = 0.025$; $p = 0.814$). Thus, we did not find a correlation between the hyperproduction of coagulation factor VIII and an increase in the concentration of inflammatory markers.

To date, a lot of data has been presented on the pathogenesis of atherosclerotic vascular lesions and the role of hemodynamic and other disorders in the genesis of atherothrombotic disorders in hypertension, however, the frequency of hyperproduction of coagulation factor IX in this pathology has not been determined. At the same time, it is known that an increase in the concentration of this factor is a thrombophilic condition. We found an increase in the activity of this indicator in 11 (13%) patients with hypertension. When studying the frequency of detection of hyperproduction of coagulation factor IX, a high frequency of increase was found in the group of patients with arterial hypertension ($p = 0.0074$) in comparison with the control group.

Conclusion. It has been shown that the method of determining interleukin-6 is suitable for detecting a non-specific inflammatory reaction in patients with essential arterial hypertension.

In patients with essential hypertension with a high body mass index, the levels of CRP and Il-6 are significantly higher than in patients with normal body weight, which should be taken into account when assessing the severity of the inflammatory process in obese patients.

EXAMINATION METHODS FOR LIVER PATHOLOGY IN HIV-INFECTED TUBERCULOSIS PATIENTS

**Mukhammadamin Akbarov-Faculty of Pediatrics, group of 538 students Scientific
supervisor: Khudoiberdieva M.Zh., Assistant of the Department of Phthisiology
Andijan State Medical Institute**

Introduction. According to official statistics at the end of 2019, about a million people with HIV infection live in Russia. According to various experts, there are 1.5-2 million infected people in Russia [Kramchenko V., 2019]. Despite the achievements of medical science and the experience of prevention in the fight against HIV infection, it has not yet been possible to stop the spread of its pandemic [1,2,4,5]. An alarming fact is the increase in the number of HIV-infected people in the Republic of Uzbekistan. It has been proven that tuberculosis develops in HIV-infected people in more than 70% of cases and at the same time is a sign indicating the progression of immunodeficiency. As noted in the literature, extrapulmonary tuberculosis has become prevalent in recent years, in particular tuberculosis of peripheral lymph nodes, pleurisy.

The purpose of this study. Was to study the incidence of liver pathology in HIV-infected patients in combination with various forms of tuberculosis.

Materials and methods of the study: an analysis of 179 HIV-infected patients who were treated at the Andijan tuberculosis dispensary for two years was carried out. Of the 53 adults, there are adult patients, 126 children and adolescents.



The results of the study and their discussion: upon admission to the tuberculosis dispensary, all patients, except for routine research methods, underwent a sleepographic examination of the liver organs. Since the identified changes in this organ, in combination with biochemical analyses, make it possible to adjust etiotropic therapy to prevent the development of side effects of anti-tuberculosis drugs.

In the studied group of patients, the prevalence of males was noted - 117 (65.4%); there were almost two times fewer women. The most common combined pathology was observed at the age of 26-30 years (64.2%). In this development, it was found that 67% of the majority of patients live in rural areas, so many of them did not have a permanent job. In 72 HIV-infected patients, tuberculosis was detected in the process prior to examination at the AIDS center. 109 patients were diagnosed with tuberculosis within 3 to 4 years from the moment they were registered for HIV, and 18 had contact with tuberculosis patients. An ultrasonographic examination in 98 patients revealed a change in the liver. In these patients, when clarifying the anamnestic data, it was revealed that 47 of them had hepatitis B- 39 and C- 8. Moreover, patients with hepatitis at admission complained of pain and heaviness in the right hypochondrium, decreased appetite, heartburn, and weight loss. Laboratory blood tests in 98 patients revealed signs of anemia of varying severity, moderate leukocytosis was observed in 46 patients, a decrease in plasma proteins was also found in almost all patients. When studying the structure of tuberculosis, infiltrative tuberculosis prevailed, some of them had bacterial excretion and had decay cavities.

Tuberculosis in HIV-infected patients often occurs against the background of chronic liver damage of a polyethological nature (viral, toxic, alcoholic). A high incidence of tuberculous liver damage was noted, reaching 85% in generalized hemotagenic tuberculosis. The peculiarities of liver pathomorphology must be taken into account both in the treatment of tuberculosis and in the verification of the causes of liver damage. Due to immunodeficiency, changes occur, including in the spleen in the form of splenomegaly and an additional lobule – in 7-10% of HIV-infected tuberculosis patients. Ultrasound in 123 patients revealed an increase in liver size due to both lobes (an increase in the size of the right lobe by 5-9 cm, the left by 3-6 cm); diffuse changes in the parenchyma of varying severity were noted in 109 patients, and in 4 more cases - fatty hepatosis. In most of the 126 children in 85 patients, along with an enlarged liver, there was a lesion of the spleen in the form of diffuse changes in the parenchyma, an increase in its size. An analysis of the state of the immune system found that in HIV-infected people with CD- 4 more than 500, the general symptoms of pathology were scarce or absent. The biochemical tests were within the normal range. In HIV-infected patients with CD 4, an equal number of 200 or lower was observed in 47 patients with hepatitis.

All patients were prescribed antibacterial therapy according to WHO protocols and the national tuberculosis control program. Biochemical analyses in patients with hepatitis before the start of etiotropic treatment were at the upper limit of the norm. All patients with a history of hepatitis were consulted by an infectious disease specialist and a therapist, and symptomatic drugs, including herbal hepatoprotectors, were prescribed as necessary. However, despite this, an increase in transaminases was noted in 12 patients 2-3 weeks after the start of treatment, and clinical symptoms appeared. The patients underwent correction of hepatoprotectors and control ultrasound of the liver, allowed 8 patients to restore the previous chemotherapy regimen, 4 changed the treatment regimen, these patients were

transferred to alternative regimens, these patients had the addition of pneumocystis pneumonia, in parallel, there was a deterioration in biochemical analyzes. In this regard, all antibacterial drugs have been canceled. However, the condition of 2 patients progressively worsened and they died.

Conclusions. HIV-infected patients with various forms of tuberculosis, along with traditional examination methods, should be subjected to ultrasound sonography. This method is non-invasive, has no radiation exposure and allows you to identify changes in the abdominal organs, in particular the liver. This allows for timely symptomatic hepatoprotective therapy, which prevents the development of intolerance to anti-tuberculosis drugs.

FATTY LIVER HEPATOSIS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Odilova Adina Bakhadirjan kizi

**student of the Faculty of treatment Khamidova Makhbuba Ismailjanovna Assistant
Department of hospital therapy and Endocrinology
Andijan State Medical Institute**

Fatty hepatosis in diabetes mellitus affects the clinical course of the disease, leads to various disorders of liver function, including absorption and antitoxic. Adequate and effective therapy of fatty hepatosis can be considered as one of the tasks of complex treatment of patients with diabetes mellitus. In this regard, the results of our research, summarized in this article, may be useful.

The purpose of this work. The aim is to assess the dynamics of carbohydrate metabolism in patients with type 2 diabetes mellitus and fatty hepatosis against the background of the use of various schemes of hypoglycemic therapy.

Materials and methods. 109 patients with insulin-resistant diabetes mellitus (type II) aged 26-55 years with a disease duration of more than 3 years in the compensation stage were examined. Persons who had suffered from acute viral hepatitis and who abused alcohol were not included in the number of subjects. In addition to liver enlargement and violations of the integral indicators of the absorption and antitoxic functions of hepatocytes, the recognition of fatty hepatosis was guided by the data of ultrasound examinations of the liver, which, according to the materials of biopsy-sonographic comparisons, closely correlate with the degree of fatty hepatosis. This applies not only to the criteria of irregularities in the contours of the liver, the homogeneous amplification of echo signals from its parenchyma, but also to the values of peaks in amplitude ultrasound histotopography of the liver. The absorption capacity of hepatocytes was judged by a ueviridine sample. The dye was administered at the rate of 0.5 mg per 1 kg of body weight, the concentration of ueviridine in the blood taken from the ulnar vein of the other arm was spectrophotometrically determined after 3 and 7 minutes, and the half-life of absorption of the dye by hepatocytes was calculated. The antipyrine test is now recognized as optimally adequate in the study of the oxidative-antitoxic function of hepatocytes. We used a variant with oral administration of 10 mg/kg of antipyrine, analysis of its concentration in the blood by spectrophotometric method after 4 and 24 hours and calculation of antipyrine clearance. For therapeutic purposes, 2 preparations from the EuPYit tapapit plant, used in clinical



practice with a hepatoprotective purpose — karsil and silnbor, were used. The first of them contains 35 mg of purified silymarin in the First tablet and is similar in composition to legalon. Silibor contains the sum of different flavonoids from ZuPYit tapapit. The literature on the clinical use of both hepatoprotectors from this plant and the experimental justification for such use is extensive. The patients with diabetes mellitus examined by us received 2 tablets of karsil 3 times a day or 2 tablets of silibor 3 times a day — usually the recommended doses of drugs. In addition, we studied the effect of the drug Liv-52, made from juices and decoctions of a number of plants (India) and used in clinical practice as a hepatoprotector, according to the same criteria for the liver condition in diabetic patients. Patients were prescribed 2 tablets 3 times a day. We conducted another series using inductothermy on the spleen area for hepatoprotection purposes. The prerequisites were numerous data on the physiological hepatolienal correlations and humoral effects of the spleen on the metabolic processes in the liver, positive results of the use of spleen diathermy in toxic liver lesions [4]. Inductothermy on the spleen area was performed daily for 5 days for 20 minutes with the IKV-4 device with a dosage of the third stage (low-heat dose). In addition to the tested effects (medicinal or inductothermia of the spleen), the ballroom received the same maintenance dose of an oral antidiabetic drug as before the start of the studied hepatoprotective course. There were no adverse adverse reactions to taking medications or inductothermy of the spleen in patients. In addition to 18 healthy individuals who had the same indicators as patients, another control group in our studies consisted of 12 patients with diabetes mellitus who did not receive any other treatment for 10 days (between the initial and repeated analysis of the studied liver parameters), except for maintenance therapy with one of the oral antidiabetic drugs.

The results and their discussion. The table shows that a 10-day course of taking carsil or silibor naturally improved the initially impaired values of the absorption and antitoxic functions of hepatocytes in patients with diabetes mellitus. The degree of hepatoprotective effect of both drugs from BuNYit tapapit — foreign karsil and domestic silibor — turned out to be close. In one of the studies, silibor did not affect the activity of microsomal liver monoxidases, but in our observations, the results of the antipyrine test reflecting this activity indicated a positive effect of silibor. We have reason to consider the conclusions of those studies justified, in which the effectiveness of silibor and silymarin (legalon, karsil) turned out to be the same. As for the drug Liv-52, according to the criteria of tests with ueviridine and antipyrine, we did not find a statistically significant effect on its absorption and oxidative-antitoxic liver function in patients with diabetes mellitus. During the study, a positive effect was observed on the studied parameters of the functional state of the liver in diabetic patients of a 5-day course of inductothermy of the spleen. Technically simple, without adverse reactions and available in any medical institution, this method of hepatoprotection for fatty hepatitis in diabetic patients also deserves a positive assessment. This is confirmed by the results of our dynamic studies conducted in 11 of the total number of diabetic patients who received inductothermy of the spleen. 2 weeks after completion of the 5-day course of spleen inductothermy, the values of $T_{1/2}$ of leviridine were 4.3 ± 0.4 min, and the clearance of antipyrine was 30.1 ± 1.6 ml/min. Comparing with the data given in the table, it can be noted that there are no statistically significant differences ($p > 0.1$) with the values of these indicators immediately after completion of the course of inductothermy of the spleen. Consequently, the beneficial effect of a 5-day course of this

effect persists for at least 2 weeks after its completion. We tried to clarify to what extent the peak values of the amplitude ultrasound histogram of the liver reflect not only the differences in the condition of the liver in diabetic and healthy patients, but also the effects of certain hepatoprotective factors. It turned out that when using karsil or silibor for 10 days, or inductothermy of the spleen for 5 days, the improvement in the functional parameters of hepatocytes is accompanied by regular changes in the peak of the ultrasound amplitude histogram of the liver. In healthy individuals, this indicator was 27.8 ± 0.8 units, in the control group in diabetic patients (who did not receive hepatoprotective effects) initially 17.5 ± 1.5 , after 10 days 17.9 ± 1.2 units ($p > 0.1$), in those who received carsil during these periods 17.6 ± 1.4 and 22.1 ± 1.3 units. (after completing the course, 22.9 ± 1.4 units ($p < 0.01$)). Therefore, the dynamics of the peak of the ultrasound amplitude histogram of the liver can be a useful guide when testing hepatoprotective effects in diabetic patients with fatty hepatitis.

Conclusions. In patients with insulin-dependent diabetes mellitus with hepatitis, a 10-day course of therapy with karsil (silymarin, legalon) or silibor improved the indicators of absorption (according to the ueviridine test) and oxidative antitoxic (according to the test with antipyrine) functions of hepatocytes. The drug Liv-52, with a similar 10-day course, did not affect the studied liver parameters.

Inductothermy on the spleen area (one 20-minute session for 5 days) also improved the absorption and antitoxic functions of the liver in diabetic patients. The positive effect of inductothermy of the spleen persisted for at least 2 weeks after completion of the course of inductotherapy. 3. The peak values of the ultrasound amplitude histogram of the liver reflect the dynamics of the liver condition during treatment with karsil, silibor and inductothermy of the spleen.

MORPHOLOGICAL FEATURES OF LUNG COMPLICATIONS IN ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN COVID-19

**Olimova Z.A. - 5th year student of the Faculty of Pharmacy, Sodikova Dilrabohon
Tojidinovna., Department of DGP2
Andijan State Medical Institute**

Relevance. The development of endothelial damage in microvascular thromboembolism in the later stages of ores can be explained not only by the spread in the lungs, but also by the effects of systemic inflammation associated with the microvascular beds of the kidneys, brain and other important organs.

The purpose of the study. A study of the pathomorphogenesis of COVID-19 based on autopsy studies conducted with the formation of a working hypothesis of a conceptual scheme of the clinical and morphological phases of the development of the disease.

Materials and research methods. Retrospective, one-centric, manageable, non-incident. 25 patients met the inclusion criteria, 10 people artificially ventilated the lungs, three of whom died. We compared the Ducks clinic to an unspecific severe community pneumonia and a new COVID-19 coronavirus infection.

Research results. The identified features of diffuse alveolar injury in a novel coronavirus infection (COVID-19) provided a working hypothesis of the covid-19

pathomorphogenesis of interstitial pneumonia. We propose three stages — fulminant, permanent and fibrotic, each of which is conditionally limited by certain time parameters and is characterized by certain morphological features. Dysregulatory activation of monocytic phagocytes, development of general thrombosis of the microcirculatory canal, pathological repair, progressive intraalveolar and interstitial fibrosis — the main link in the Patho-morphogenesis of COVID-19-interstitial pneumonia.

T-cell immune reactions predominate in response to the introduction of SARS-CoV-2 virus in the exudative and proliferative stages. In the fibrotic stage, the total number of T-lymphocytes decreases sharply, humoral immune cells are not detected. The predominance of CD8 + t-suppressing lymphocytes over CD4 + t-lympho-helper sits is probably associated with autoimmune lesion mechanisms.

Lung damage with the development of COVID — 19-interstitial pneumonia-is the necessary course of the disease and the main cause of death. The identified features of the clinical and morphological phase pathomorphogenesis of COVID-19-interstitial pneumonia improve the diagnosis and treatment of novel coronavirus infection (COVID-19).

Conclusion. In a new coronavirus infection (COVID-19), lung damage is based on the development of ducks (diffuse alveolar injury) with an atypical course, which leads to the development of covid-19 - interstitial pneumonia with synchronous damage to the respiratory tract and microcirculatory canal.

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF ARTERY TREATMENT AND PREVENTION FEATURES OF THE VIOLATION OF THE PERMEABILITY OF THE LEGS

Tashtemirov A.R., Kodirov Sh.N.

Department of General Surgery Andijan State Medical Institute

Introduction. However, there is still no consensus on the choice approach from this or that method of Reconstruction, a comparative assessment of their effectiveness in patients in this group has not been carried out. All recent work on this problem is devoted to new methods of thromboctomy, such as percutaneous aspiration thrombectomy or the prospect of using thrombolytic therapy does not solve the problems of radical surgical treatment of most patients. In patients who have undergone surgery, the causes of death from this disease (embolism or thrombosis), localization of the occlusion, ischemia levels remain much higher, depending on the age of the patient and the severity of the accompanying pathology, and range from 5.7% to 8.5%.

Purpose of work. Examination of patients with acute lower leg ischemia syndrome and improvement of surgical treatment tactics, study of the causes of the development of the main early and late postoperative complications.

Purpose of the study. The median thickness of the CMM in general among all patients was increased (1.1 mm), but no significant differences were achieved in the groups. The presence of carotid artery stenoses $\geq 30\%$ and $\geq 50\%$ was equally common in both groups. When assessing EchoCG indicators it was revealed that the size of the left atrium and the contractility of the myocardium did not differ in the groups. The main indicators of the volume and size of the left ventricle were significantly more in patients of the first group

($p < 0.005$) in comparison with the second. The present study shows that the prevalence of clinical manifestations of coronary and cerebral artery lesions is high among patients with OCD (a history of MI in a third of patients, the presence of symptoms of angina pectoris in half). At the same time, there were no differences in these parameters in patients with different severity of the lesion ANC. Only two thirds of the examined patients took statins and beta-blockers, and there were no differences in the groups either. Indeed, for patients with, it is characteristic lesion of other arterial basins. According to the data of the EOC working group on peripheral circulation, in patients with asymptomatic ANC lesion (ankle-shoulder index < 0.9) and in the presence of symptoms of intermittent lameness, the frequency of CA injury reaches 50%, and in the presence of critical lower limb ischemia - 90% . According to Russian data, during routine coronary angiography (CAG) before operations on noncoronary arterial basins, the frequency of detection of hemodynamically significant CA stenoses was 90.1%, with a three-vessel lesion of the CA and/or stenosis of the trunk of the left KA was noted in 24.1% of patients. In addition, CA stenoses were asymptomatic in 23% of cases. In the present study, no routine CAG was performed in patients, however, the frequency of detection of MI and clinical manifestations of angina pectoris was quite high (34.4% and 48.5%) and, taking into account the probable asymptomatic CA lesion, fully corresponds to the above studies. According to modern ideas, the presence of atherosclerosis of any localization implies the

mandatory appointment of statins to reduce the level of cholesterol of low density lipoproteins [6]. However, in patients with, the frequency of taking statins is traditionally lower than in atherosclerosis of other localizations. For example, in the study Welten GM, et al. [7] patients with coronary heart disease received statins in 67% of cases, while patients with OCD received statins only in 29% ($p < 0.001$). As the REACH study showed, prescribing statins to patients depended on the specialty of the doctor who had the patients. Thus, cardiologists prescribed statins to patients with in 78.9% of cases, general practitioners (therapists) — in 69% of cases, angiologists — in 41.8% of cases and vascular surgeons — in 37.1%.

Conclusions. Escuzan can be considered an effective remedy for the treatment and prevention of CVI. The drug is able to significantly improve the condition of the venous wall and indirectly normalize the condition of the valvular apparatus of the veins due to venotonizing, capillaroprotective, decongestant, anti-inflammatory, antiplatelet, antioxidant effects. Treatment of CVI should be comprehensive and begin at the earliest stages, it is then that the maximum effect can be achieved. An important element in the diagnosis and evaluation of the quality of treatment of CVI is the method of ultrasound Dopplerography.

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF ARTERY TREATMENT AND PREVENTION ASSESSMENT OF THE FEATURES OF THE VIOLATION OF THE PERMEABILITY OF THE LEGS

Tashtemirov A.R., Kodirov Sh.N.

Department of General Surgery Andijan State Medical Institute

Introduction. Acute lower leg ischemia syndrome (acute arterial obstruction) remains one of the most difficult problems in vascular surgery. To date, the etiology, pathogenesis,



clinical picture of the disease have been studied, issues of surgical tactics have been developed depending

on the degree of ischemia of the limbs. In 36-40% of cases, embolism and thrombosis develop against the background of atherosclerosis. and stenosis, in most cases, requires thromboembolectomy. In practice, this logical requirement is not always met. Primary arterial reconstruction is carried out only in 5-7%. There are several reasons for this. First, the severity of the general condition of the majority of patients and their old age. Therefore, the criterion of "minimum volume - efficiency" in emergency vascular surgery is still the main principle of choosing a surgical intervention. The consequence of this is an insufficient number of surgical interventions, which leads to the development of thrombotic reocclusion in 28-41% of patients with embolism and gangrene of the limbs in 5-24% and in 28.3%-41.9% of patients. Secondly, in the arsenal of modern angiosurgery there are a number of operations for the treatment of acute ischemia syndrome of the lower limbs.

Purpose of work. Examination of patients with acute lower leg ischemia syndrome and improvement of surgical treatment tactics, study of the causes of the development of the main early and late postoperative complications.

Purpose of the study. Among patients with obliterating diseases of the arteries of the lower extremities, a high frequency of cardiocerebral pathology was noted: the presence of myocardial infarction in the anamnesis was detected in 34.4% of patients, clinical manifestations of angina pectoris - in 48.5% of patients, stroke in the anamnesis — in 14.3% of patients, stenosis of extracranial arteries — in 12.3% of patients. At the same time, the appointment of cardiovascular protective therapy was suboptimal among the examined patients: statins were taken by 64.5% of patients, beta blockers — 65.6%, ACE inhibitors — 52.4%. Differences in the frequency of cardiovascular pathology and therapy received in groups with varying severity of obliterating diseases of the arteries of the lower extremities were not noted. It is noteworthy that men prevailed in both groups, with the largest number of them in group 1 (83.7%). According to the body mass index, the groups did not differ among themselves ($p=0.8$). There is no significant difference in the number of smokers. ONMC in the anamnesis was significantly more often detected in patients of the first group than in the second group ($p=0.001$). Arterial hypertension was more often recorded in patients with HINCK I-IIa art., although there was no significant difference with patients with HINCK I Ib-IV art., ($p=0.4$). According to the number of MI in the anamnesis and the presence of 2nd DM the type of intergroup differences was also not revealed ($p=0.09$ and $p=0.2$, respectively). Reconstructive operations on peripheral ANC was suffered by 27.6% of all patients, but the groups did not differ from each other. Amputation in the anamnesis was previously tolerated by a relatively small number of patients (4.6% among all patients), it was more often performed in groups of patients with HINCK I Ib-IV art. — 13 (5.0%) of patients. Interventions on

extracranial arteries were previously performed in 41 (9.0%) patients, of which 21 (10.7%) patients of the first group and 20 (7.7%) of patients in the second group. There were no differences in the frequency of previous CT stenting and coronary bypass surgery. According to socio-economic indicators, the groups were comparable, the only difference was a significantly lower number of working patients (11.7% vs. 20.0%; $p=0.01$) in the first group. The severity of coronary insufficiency and chronic heart failure in the anamnesis of the group did not significantly differ. Drug treatment among patients of different groups did

not differ, they are the same. They often received ACE beta-blockers, cholesterol-lowering drugs ($p>0.05$). It should be noted that before inclusion in the study, most of the patients (68.4%) were observed by a cardiologist, in addition to a vascular surgeon (66.9% of cases). In addition to clinical and anamnestic data, the results of laboratory studies, including lipid metabolism data, were analyzed, however, no differences were revealed when comparing the results obtained. Patients of the first group had significantly higher values of blood urea ($p=0.04$) and lower values of hemoglobin ($p=0.02$) in comparison with patients of the second group. When analyzing the results of Doppler ultrasound examination of extracranial arteries.

Conclusions. Escuzan can be considered an effective remedy for the treatment and prevention of CVI. The drug is able to significantly improve the condition of the venous wall and indirectly normalize the condition of the valvular apparatus of the veins due to venotonizing, capillaroprotective, decongestant, anti-inflammatory, antiplatelet, antioxidant effects. Treatment of CVI should be comprehensive and begin at the earliest stages, it is then that the maximum effect can be achieved. An important element in the diagnosis and evaluation of the quality of treatment of CVI is the method of ultrasound Dopplerography.

STUDY OF SPECIFICITIES IN THE COURSE OF NEPHROPATHY AND ANEMIA IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Kholmatova G.A., Bektasheva G.M.

**Head of the Department of Endocrinology and Hospital Therapy
Andijan State Medical Institute**

Relevance. The development of anemia causes not only a decrease in tolerance to physical and mental stress, working capacity and quality of life of the patient, but also is one of the leading mechanisms for the progression of kidney damage and an important risk factor for the development of macrovascular complications of diabetes mellitus (DM) [6-7]. In this regard, the diagnosis and treatment of anemia are becoming one of the topical issues of managing patients with DN, including at an early stage of kidney damage.

The purpose of the study. The purpose of this study was to study the prevalence, clinical and pathophysiological features of anemia in patients with diabetic nephropathy.

Materials and methods of research. In our study, out of 40 patients with DM 1 and DM 2 without DN, anemia was detected in 20%. Among patients with DM 1 and DM 2, there was no difference in the frequency of detection of anemia - 23.3% and 18.3%, respectively. The prevalence of anemia among women was significantly higher than in men (23.0% and 15.6%, respectively ($\chi^2=4.1$; $p<0.05$)), which is 2-3 times higher than the general population values, where its frequency is 10.3% in women and 4.3% in men.

The results of the study. Finally, one of the leading causes of anemia in patients with DN is iron deficiency caused by many external and internal factors and pathological conditions - the cause of 15-36% of cases of anemia in the population is iron deficiency. In a population study of NHANES GGG, it was shown that among patients with decreased renal filtration function from 20-30 ml/min/1.73 m², 46% of women and 19% of men did not have normal HT values, and 47% of women and 44% of men had low values of iron

reserves in the body. The authors suggest that it cannot be considered an established fact that patients with higher GFR levels may have normal values of iron metabolism.

In our study, more than 80% of patients with DN and anemia had an iron metabolism disorder. Thus, in the group of patients with anemia, a decrease in iron reserves in the body was detected in 25.0%, low values of iron bioavailability were detected in 21.9%, their combination was observed in 34.4% of cases and only 18.7% of patients had no laboratory signs of iron metabolism disorders. The whole group of patients revealed a direct relationship of blood Hb level with the level of iron ($R=0.46$; $p<0.001$), ferritin ($R=0.32$; $p<0.01$), serum transferrin ($R=0.27$; $p<0.05$) and its saturation ($R=0.32$; $p<0.01$).

Conclusion. Thus, anemia is detected much more often with DN than with other kidney diseases - its frequency is up to 25% with normal GFR and reaches up to 80-100% with a pronounced degree of reduction in the filtration function of the kidneys. At the earliest stage of DN - MAU - anemia occurs in almost every fourth, and with the formation of PU - already in every second patient. Anemia in DN is more severe than in primary nephritis.

THE COURSE OF NEPHROPATHY AND ANEMIA IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND THEIR RELATIONSHIP

**Kholmatova G.A., Bektasheva G.M.,
Head of the Department of Endocrinology and Hospital Therapy
Andijan State Medical Institute**

Diabetes mellitus (DM) is the most common endocrine disease, which in the last decade has been called a worldwide non-communicable epidemic: by 2025, it is expected that the number of patients with DM will exceed 300 million people. This means that late complications arising from metabolic disorders caused by hyperglycemia will also grow. It is well known that the duration and quality of life of patients with diabetes are determined by the development and progression of complications of diabetes.

The purpose of the study. The purpose of this study was to study the prevalence, clinical and pathophysiological features of anemia in patients with diabetic nephropathy.

Materials and methods of research. In our study, out of 40 patients with DM 1 and DM 2 without DN, anemia was detected in 20%. Among patients with DM 1 and DM 2, there was no difference in the frequency of detection of anemia - 23.3% and 18.3%, respectively. The prevalence of anemia among women was significantly higher than in men (23.0% and 15.6%, respectively ($x^2=4.1$; $p<0.05$)), which is 2-3 times higher than the general population values, where its frequency is 10.3% in women and 4.3% in men.

The results of the study. According to our data, anemia was diagnosed more often with DN than in the absence of kidney damage (34.3% and 20.0%, respectively ($x^2=2b,4$; $p<0.001$)). In the presence of kidney damage, the similarity in the prevalence of anemia among patients with DM 1 and DM 2 disappeared - in patients with DM 1, anemia was detected more often, in almost half of patients, than in DM 2 (44.7% and 27.3%, respectively ($x^2=16.4$; $p<0.001$)), which is similar to the data of other authors. The high incidence of anemia in DM 1 can be explained by a more severe course of the disease, the early development of renal tubulointerstitial and the rapid progression of nephropathy due to a violation of the adaptive mechanisms in the glomeruli in the early stages of DN.

However, in patients with DN, there was no difference in the frequency of detection of anemia between the sexes, both with DM 1 and DM 2.

The presence of an association between the development of anemia and the degree of lesion of the glomerular apparatus of the kidneys in DM 1 and DM 2 confirms an increase in its frequency and aggravation of its severity in patients with proteinuria (PU) compared with patients with microalbuminuria (MAU). According to our data, in the presence of PU, the incidence of anemia increased by 2 times (48.2%, $X^2=57.2$; $p<0.001$) compared to patients with normoalbuminuria (NAU) (20.0%) and MAU (25.7%). This relationship was maintained in a separate analysis - in the group of patients with DM 1 and DM 2. Consequently, with the formation of persistent PU, anemia is detected in every second patient with the progression of diseases. Thus, according to M.C. Thomas, patients with DM2 with PU and renal insufficiency had a decrease in Hb levels by 1-2 g/dl per year compared with patients with NAU and preserved kidney function, in whom the Hb value was stable during the next 5 years of follow-up. He also showed that with DN, a decrease in the blood Hb value by more than 2 g/dl per year is observed in 50% of patients with PU and only in 10% of patients with NAU or preserved kidney function.

Conclusion. The main cause of anemia in patients with DN is an early decrease in the production of endogenous EPO with the development of its functional deficiency. This fact may serve as a basis for earlier initiation of CSE therapy, after correction of iron deficiency, even with a moderate decrease in kidney function.

СВИДЕТЕЛЬСТВА О ЦЕЛЕБНОЙ СИЛЕ ТРАВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

А. А. Хушнудбеков

**Магистр фтизиатрии и пульмонологии 1 степени Научный руководитель: Р. А.
Хакимова - кандидат медицинских наук, доцент Кафедра фтизиатрии и
пульмонологии**

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Туберкулез (ТБ) — заразная бактериальная инфекция, поражающая преимущественно легкие. Несмотря на достижения медицинской науки, туберкулез продолжает оставаться серьезной глобальной проблемой здравоохранения, особенно в развивающихся странах.

Цель исследования. Лекарственные травы веками использовались в различных системах традиционной медицины для облегчения симптомов и поддержки иммунного ответа организма против туберкулеза.

Материалы и методы исследования. Имбирь (*Zingiber officinale*). Имбирь ценится за свои противовоспалительные и противомикробные свойства. Его способность подавлять рост *M. Tuberculosis* и облегчать респираторные симптомы, связанные с туберкулезом, изучалась.

Результаты исследования. Хотя обычное лечение антибиотиками остается основным подходом к лечению туберкулеза, не следует упускать из виду потенциальные преимущества трав в поддержке иммунной функции и облегчении симптомов, связанных с туберкулезом. Необходимы дальнейшие исследования и

клинические исследования, чтобы лучше понять эффективность и безопасность растительных лекарственных средств в контексте лечения туберкулеза. Интеграция традиционных знаний о травах с современной медицинской практикой может предложить новые идеи и стратегии в борьбе с туберкулезом, что в конечном итоге будет способствовать комплексному и целостному лечению людей, пострадавших от этого сложного инфекционного заболевания.

Вывод. С помощью трав можно добиться хорошего состояния больных туберкулезом. И мы можем помочь пациентам с устойчивостью к антибиотикам вылечиться с помощью трав.

GESTATIONAL COMPLICATIONS IN OBESE PATIENTS

Rafieva Olyakhan Ibrahim qizi

**Faculty of treatment 475 group Scientific leader: Abdukaxarova S
Andijan State Medical Institute**

Introduction. Obesity in pregnant women is of great importance in the practice of an obstetrician-gynecologist among extragenital diseases. Risk of development various obstetric and perinatal complications in the presence of abdominal constitutional obesity in a pregnant woman increases. The incidence of obesity among women of childbearing age ranges, according to various authors, from 1.8% to 25.3%. During pregnancy in different countries over the past decade, the indicators of statistical data on obesity vary from 15% to 38% of cases. At the same time, indicators among repeat pregnancies are found in double numbers.

The goals of the investigation. To analyze the effect of obesity on the occurrence of complications of pregnancy and childbirth, as well as perinatal outcomes.

Research materials and methods. We conducted a prospective analysis of 35 individual pregnancy charts and birth histories of women with alimentary-constitutional type of obesity in the period from 2020 to 2022. The control group consisted of 35 conditionally healthy pregnant women.

The results obtained. According to the degree of obesity, the distribution in the comparison group was as follows: 20 patients with grade 1 obesity (BMI from 30 to 34.9), 15 women with grade 2 obesity (BMI 35-39.9). Obesity of the 3rd degree was not observed in the study group. Among them there were 6 first - time pregnancies, 29 second – time pregnancies. Among the newly pregnant women, 8 were more expensive. When analyzing the course of this pregnancy in the first half of the comparison group, it was revealed that 11 (31%) women had a threat of termination of this pregnancy, 7 of them received inpatient treatment, 4 outpatient. Vomiting of mild and moderate severity in pregnant women was found in the comparison group in 7 (20%). In the second half of pregnancy, the following complications occurred: in 24 (68%) patients of the comparison group, hypertensive disorders occurred : CAH/GIB were observed in 14 cases (40%), mild preeclampsia was in 8 (23%), severe preeclampsia was observed in 2 (7%) cases. All the examined women underwent ultrasound of the uterus with dopplerometry of the IPPC. When analyzing these results, it was found that the frequency of complications such as NMPPC, polyhydramnios, low water content, SORP, fetal malformations were more common than in the control

group. The following was observed in the women of the comparison group: delivery was not observed before 28 weeks, in pregnancy from 29 to 36 weeks – in 8 (23%), in gestation from 37 to 40 weeks – in 20 (57%), in gestation from 41 weeks and above – in 7 (20%) of women. In the control group, the data are as follows: there were no deliveries before 28 weeks. In the gestation period from 28 to 36 weeks, 4 women (12%) gave birth, in the gestation period of 37-40 weeks – in 28 women (80%), in the period from 41 weeks and above – in 3 (9%) women. When analyzing the data on the method of delivery, it was revealed that through the natural birth canal, childbirth occurred in the majority – 23 (65%) women, cesarean section was performed in 12 (35) according to obstetric indications (inconclusive fetal condition – in 3, pelvic-head disproportion – in 4, failure of the postoperative scar on the uterus – in 1, 4 – according to combined indications). The data on maternal birth injury in the studied women are analyzed. As the analysis of childbirth showed, in the comparison group, the frequency of complications such as cervical rupture occurred in 1 case (3%). Rupture of the vaginal walls in the main group was observed in 3 cases (9%), perineal rupture of the 1st and 2nd degree in the main group was observed in 5 (14%). Episiotomy was performed in the comparison group in 6 (17%), in the control group – in 3 cases (9%). The newborn's condition was assessed on the Apgar scale at 1 and 5 minutes. At 1 minute it was 6 points, at 5 minutes it was 7 points. 2 newborns had developmental defects (intestinal atresia). Antenatal fetal death was observed in 3 cases (9%). It should be noted that in the comparison group, the number of premature babies was 8 (23%).

Conclusions. Thus, obesity contributes to an increase in the frequency of cesarean section in the population. The contingent of patients with obesity during pregnancy is a group at increased risk of developing hypertensive disorders, disorders in utero-placenta-fetal vascular blood flow, gestational diabetes mellitus.

FEATURES OF OBSTETRIC TACTICS IN MULTIPLE PREGNANCY PREGNANCY

**Rafieva Olyakhan Ibrahim qizi -Faculty of treatment 475 group Scientific leader:
Abdukaxarova S
Andijan State Medical Institute**

Relevance. Multiple pregnancy consists in a significant number of complications during pregnancy and childbirth, an increase in the proportion of cesarean section, complications of the postpartum and postoperative periods, an increased level of antenatal losses in various gestational periods, and a high frequency of neurological disorders in surviving children. Multiple pregnancies account for an average of 1-4% of the total number of births. Currently, iatrogenic multiple pregnancies account for 30-80% of multiple pregnancies, which is due to the introduction of modern methods of infertility treatment, including hormonal stimulation of ovulation and in vitro fertilization with embryo transfer. However, the true frequency of multiple pregnancies today in developed countries reaches 1:50, which is 2 times more than 20 years ago 1:101. Even with the modern development of medicine, perinatal mortality in pregnancy with twins is 5 times higher than in single pregnancy, intrauterine fetal death is 4 times higher, neonatal – 6 times, postnatal — 10 times. The

frequency of cerebral palsy in children with twins is 3-7 times higher, with triplets — 10 times. The level of ante-intranatal complications on the part of the mother is 2-10 times higher than that in patients with single pregnancy. 70% of two fetal pregnancies end in cesarean section.

The purpose of the study. To study the incidence of complications, the peculiarities of the course of pregnancy and childbirth in multiple pregnancies.

Material and methods. The birth histories of 32 pregnant women with multiple pregnancies who applied to the Samarkand Regional Perinatal Center for the period 2020-2022 were studied. The anamnestic, clinical, and laboratory data of all the examined women were studied.

The results and their discussion. According to the results of the research, the following have been identified: By age category: The vast majority (28 women-87.5%) of women were between the ages of 21 and 30. 4 (12.5%) of women were over the age of 35. According to parity: 20 women (62.5%) were pre-pregnant, 12 (37.5%) women were re-pregnant, among whom there were 5 women who were more expensive. By place of residence, the townspeople. There were 24 (75%), and the rural population was 8 (25%) of the surveyed. It is noteworthy that almost all women had pregnancy against the background of one or another extragenital pathology. Anemia ranked first among background conditions in terms of frequency of occurrence. The woman's pregnancy occurred against the background of anemia of the 1st degree - 16 (50%), in 12 (37.5%) of the 2nd degree and in 4 (12.5%) - severe. Hydronephrosis was diagnosed in 4 (12.5%) cases. During pregnancy, ORI (34.4%) of pregnant women suffered. Urinary tract infection (BMI) affected 7 (22%) women. BMI manifested mainly in the form of pyelonephritis, cystitis.

Conclusion. Thus, pregnant women with multiple pregnancies are at risk for the development of obstetric complications, both during pregnancy and childbirth, and in the postpartum and postoperative period, as evidenced by such a high incidence of complications such as the threat of termination of pregnancy (56%), hypertensive conditions (37%), bleeding (34%), the frequency of cesarean section operations (62,5%). The increase in multiple pregnancies in recent years is to some extent associated with the development of assisted reproductive technologies and with an increase in the average age of pregnant women. Patients with multiple pregnancies remain at high risk for perinatal complications.

ON THE ISSUE OF THE COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN WITH HISTORY OF CERVICAL DIATHERMOELECTROCOAGULATION

Rafieva Olyakhan Ibrahim qizi

**Faculty of treatment 475 group Scientific leader: Abdukaxarova S
Andijan State Medical Institute**

Introduction. The high proportion of pathological conditions of the cervix in the structure of gynecological morbidity determines the relevance of this problem. The occurrence of cervical pathology, mainly among young women, causes a significant degree of danger of malignancy of the process, as well as the insufficient effectiveness of available treatment methods. The urgency of the problem of cervical diseases is also due to the adverse effects on a woman's reproductive health. Timely detection and treatment of benign,

precancerous conditions and cervical dysplasia is an important aspect of cervical cancer prevention.

The purpose of the study. To study the peculiarities of the course of pregnancy in women who have undergone a history of cervical diathermoelectrocoagulation.

Research materials and methods. We observed 33 pregnant women with a history of cervical diathermoelectrocoagulation, who made up the main group. The control group consisted of 33 conditionally healthy pregnant women, comparable in age and somatic pathology with the main group. In the course of our study, the following research methods were used: colposcopic examination, cytological examination of Pap smears, bacterioscopic method; bacteriological method; ultrasound examination of the pelvic organs and cervix; assessment of the biophysical profile of the fetus.

Results. The analysis of the course of pregnancy and the fetal condition of 33 pregnant women with a history of cervical diathermoelectrocoagulation was carried out. It was found that in the examined groups, the age of pregnant women did not significantly differ and averaged 24.7 ± 4.9 years in the main group with individual fluctuations from 20 to 35 years, in the control group – 22.3 ± 4.7 with fluctuations from 20 to 32 years. In the study of childbearing function, it was found that 15% of women were pre-pregnant, the remaining 85% were re-pregnant. When studying the timing of the desired pregnancy, it was found that most often pregnancy occurred 1-2 years after the procedure cervical diathermoelectrocoagulation – in 14 (40%), then in frequency from 2 to 3 years – in 12 (35%). Up to 1 year – 9 (25%). It follows from this that cryodestruction of the cervix does not significantly affect the onset of the desired pregnancy. When analyzing the course of pregnancy, the threat of termination was found in 32 and 26% of cases in the main and control groups, respectively. Vomiting of pregnant women was observed in 16% of cases in the main and 13% of cases in the control groups. The development of fetoplacental insufficiency was not observed in the study groups. Fetal developmental disorders were not detected in any pregnant woman or in any of the study groups.

Conclusions. Thus, in the course of the study, it was revealed that cervical diathermoelectrocoagulation, being an effective method of treating various pathologies of the cervix, does not subsequently have a pathological effect during pregnancy.

PRINCIPLES OF IMPAIRED WATER AND SALT METABOLISM IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Shakhobidinov X.Sh

**Master of Cardiology, stage 3 Usmanova D.N.-Associate professor, candidate of
Medical Sciences Department of faculty therapy
Andijan State Medical Institute**

A prospective study was conducted with the participation of 396 patients hospitalized for decompensation of chronic heart failure. Hyponatremia was diagnosed with a decrease in serum sodium <135 mmol/l, while hyponatremia detected at admission was considered prehospital, and hyponatremia developed during treatment in a hospital setting. In patients with prehospital hyponatremia, the dynamics of sodium levels during hospitalization was analyzed, while in the case of a decrease in sodium levels ≥ 3 mmol/l compared with the

baseline value, progressive hyponatremia was diagnosed. The influence of various types of hyponatremia on the course and hospital prognosis of the disease was determined, with the primary endpoint of the study being the combined indicator "death and/or transfer to the intensive care unit". Results. Patients with hyponatremia had more pronounced clinical signs of chronic heart failure. In patients with decompensated chronic heart failure, the presence of prehospital or hospital hyponatremia is associated with a more severe course of the disease and a worsening of the hospital prognosis.

The purpose of the study. to evaluate the clinical and prognostic significance of various types of hyponatremia in patients hospitalized for decompensation of chronic heart failure.

Material and methods. Hyponatremia detected at admission was considered prehospital, and hospital — developed against the background of treatment in a hospital setting. In order to assess the timing of the development of hospital hyponatremia, electrolyte levels were examined every 3 days. In patients with prehospital hyponatremia, the dynamics of sodium levels during hospitalization was also analyzed, while in the case of a decrease in sodium levels ≥ 3 mmol/l compared with the baseline value, progressive hyponatremia was diagnosed. To compare two samples of continuous variables that are subject to the normal distribution law, we used paired and unpaired Student t-criteria, with Wilcoxon criteria different from the normal distribution law. To compare more than two samples subject to the normal distribution law, a one—factor analysis of variance was used and, if there was a statistically significant difference between the groups, a pair comparison using the Scheffe criterion, and with the control group, the Dunnet criterion. If the distribution law differed from the

normal one, a rank univariate Kruskal-Wallis analysis of variance was performed, and if there was a statistically significant difference between the groups, a comparison using the Dunn criterion was performed.

The results of the study. Patients with hyponatremia were significantly ($p < 0.05$) older than those with normal sodium levels, among them patients with anemia, concomitant chronic obstructive pulmonary disease, type 2 diabetes mellitus and impaired renal function were more common. There were no significant differences in body mass index, prevalence of concomitant hypertension, atrial fibrillation, myocardial infarction between the groups. Patients with hyponatremia had more pronounced clinical signs of CHF. According to echocardiography, they had a smaller ejection fraction and more pronounced diastolic dysfunction of the left ventricle compared to normonatremic patients. Analysis of drug therapy showed that patients with hyponatremia were more likely to receive thiazide and thiazide-like diuretics compared to patients with normonatremia. In the group with hospital hyponatremia, in addition, the frequency of administration of mineralocorticoid receptor antagonists was higher compared to the other groups of patients.

A detailed analysis of diuretic therapy during the active phase revealed differences in the doses of drugs: patients with hyponatremia higher doses of hydrochlorothiazide, indapamide and spironolactone were prescribed compared to patients with normal sodium levels. The highest doses of spironolactone were taken by patients with hyponatremia that developed during hospitalization. To assess the impact of various types of hyponatremia on the course and hospital prognosis of the disease, the frequency of development of the combined primary endpoint "death and/or transfer to the intensive care unit" and its



individual components was analyzed. Patients with hyponatremia were more likely to develop adverse outcomes, and their hospital stay was longer compared to those with normal blood sodium levels. The reasons for the transfer to the intensive care unit were analyzed, and if there were several indications for the transfer, the leading one was chosen as the reason for the analysis. It was revealed that patients with hyponatremia, compared with patients with normal sodium levels, developed GI more often during hospitalization—potency or hypoperfusion of organs requiring treatment in the intensive care unit.

Discussion. The results of the study confirm the literature data that hyponatremia is a frequent violation of the water-electrolyte balance in patients hospitalized for decompensation of CHF. According to the data obtained by us, in general, its frequency reached 33.3%, while in 48.5% of patients it occurred at the pre—hospital stage, and in 51.5% - during treatment in the department. Hospital hyponatremia developed on average by the end of the first week of hospital stay. Interestingly, by the time of discharge, spontaneous normalization of sodium levels occurred only in 7.8% of patients, in 25% of patients, on the contrary, progression of hyponatremia was observed. In the prevailing majority of cases, patients with decompensated CHF developed mild hyponatremia, while the frequency of moderate and severe hyponatremia was low (84.8% and 4.6%, respectively). It is believed that a decrease in blood sodium levels in CHF is a variant of hypervolemic hyponatremia and is caused mainly by a violation of water excretion by the body. At the same time, the pathophysiological basis for the development of hyponatremia in this case is excessive neurohumoral activation in conditions of a decrease in cardiac output. Despite the absolute excess of water in the extracellular space of the body during decompensation of CHF, the effective volume of circulating blood remains low, which through the system of baroreceptors promotes non-osmotic stimulation of the secretion of antidiuretic hormone and effectors of the renin-angiotensin-aldosterone system. Such neurohumoral activation is compensatory in nature and is aimed at normalizing perfusion pressure by limiting the excretion of sodium and water. The release of antidiuretic hormone directly enhances the reabsorption of water in the collecting tubules of the kidneys, whereas angiotensin-2 and norepinephrine limit the delivery of water to the kidneys by reducing their perfusion and, consequently, contribute to a decrease in its division. In addition, a decrease in cardiac output and a high level of angiotensin-2 are powerful stimuli for thirst, which leads to an increase in water consumption.

Conclusion. Hyponatremia is a frequent violation of the water-electrolyte balance in patients hospitalized for decompensation of CHF. In general, its frequency reaches 33.3%, while in 48.5% of patients it develops at the pre-hospital stage, and in 51.5% during treatment in the department. By the time of discharge, spontaneous normalization of sodium levels occurs only in 7.8% of patients, in 25% of patients, on the contrary, there is a progression of hyponatremia. The presence of both prehospital and hospital hyponatremia is associated with a more severe course of CHF, deterioration of the hospital prognosis and lengthening of hospital stay. The progression of hyponatremia present at admission significantly increases the risk of death and transfer to the intensive care unit.



IU THE ROLE OF VITAMINS IN CHILDRENS' ORGANISM

Shokirov Bobur, student of the 647th group of the Faculty of Medicine
Abdullayeva D.A., assistant of the department of pediatrics for treatment work
Andijan State Medical Institute

The purpose of the research: Research was conducted In order to determine the vitamins in children's body, attention was paid to the vitamins in the tune.

Methods: Among the children we examined, vitamin deficiencies were detected in the body. Among them, the dynamics were checked. The tunes were checked in the dynamics. Patients with 1 vitamin deficiency and permanent deficiency were separated.

Currently, compounds similar to vitamins have been identified, and they include carnitine, biotin, bioflavonoids, choline, paraaminobenzoic acid, lipoic (vitamin N) orotate, pangamic (vitamin Bi5) acids, methylmethionine sulfonium (vitamin U), and avitaminosis is a disease that occurs as a result of a complete load of a separate vitamin in the body. Vitamins are biologically active exogenous substances that participate in the management of physiological and metabolic processes in the body. Each vitamin has its own function in the body. Deficiency of vitamins in the body causes the metabolism and the work of the organs to go out of control. Today, more than 40 vitamins have been identified. Vitamins are involved in metabolism, some of them play the role of hormones and enzymes, maintain immunity, are considered catalysts, but are not considered plastic material for the body. According to their physical and chemical properties, vitamins are divided into two groups: The first group of vitamins is soluble in water, quickly disintegrates in working environments, resistant to acidic environments, thermolabile. The vitamins of the second group are soluble in lipids, resistant to acid and alkaline effects, and have thermostable properties. Hypovitaminosis is a condition observed because of a relative lack of a separate vitamin in the body, and avitaminosis is a disease that occurs because of a complete load of a separate vitamin in the body. Factors that cause vitamin deficiency are divided into 2 main groups:

1. Exogenous (alimentary) causes - lack of vitamins (C, B group, RR, D) when fed with cow's milk, for a long time unilaterally.

- late introduction of vegetable supplements, improper preparation of juices;
- low consumption of fruits and vegetables (C hypovitaminosis);
- giving food rich in carbohydrates (hypovitaminosis C and B);
- long-term feeding with mixtures (fat-soluble vitamins lack of A, K, D, E)

- lack of oxylys in the composition of okats (hypovitaminosis B, C);
- Improper preparation of food and improper storage;

2. Endogenous causes:

Absorptive deficiency - i.e., partial breakdown of vitamins may be due to diseases of the stomach, liver, intestinal tract, and impaired digestion:

- severe and long-lasting burdensome diseases;
- high amount of carbohydrates and low amount of oxygen in foods;
- amount of physical activity;
- living in high mountain conditions;

Treatment. In the treatment of vitamin A deficiency, 5000-10000 IU of vitamin A preparations is drunk 2 times a day.

DEFICIENCY OF VITAMIN K

The importance of vitamin K in the body is its participation in the coagulation process. Vitamin K participates in the formation of active forms of prothrombin, proconvertin and factor IX in the liver. Vitamin K is mainly absorbed in the small intestine. Konda goes to all organs and tissues with the help of albumin and is activated there. Vitamin K deficiency is rare because it is found in sufficient quantities in diet. In addition, this vitamin is produced with the help of intestinal microflora. Vitamin K deficiency occurs as a result of chronic enteritis, malabsorption syndrome, hepatitis and long-term use of antibiotics.

The main reason for the development of rickets in children under one year of age is the lack of vitamin D production and absorption in the body. At the beginning of the disease, there is a dysfunction of the vegetative nervous system, the homeostasis of children is disturbed, and the acidosis environment develops. Then hypocalcemia and hypophosphatemia occur. At the beginning of osteoid, there is a violation of the function of the autonomic nervous system, and in children, the homeostasis is disturbed, and the acidosis environment develops. Then hypocalcemia and hypophosphatemia occur. The process of osteoid hyperplasia or osteomalacia increases, as a result of which bone formation is disturbed, their deformation is reduced by muscle hypotonia and development. During the biochemical examination of mine, the amount of calcium in mine serum decreases from 2.0 mmol/l, R0.65 mmol/l, and the active phosphatase increases. X-rays of long tubular bones show osteoparosis, goblet-like expansion of metaphyses, washed out and non-specific areas of primary calcification.

Treatment: The treatment is carried out comprehensively, general strengthening measures, rational feeding and proper care are carried out. Vitamin D is given at 2000-5000 IU once a day for 30-45 days.

Deficiency of vitamin B. Vitamin B - thiamine - is part of enzymes, participates in carbohydrate metabolism and ensures the process of carboxylation of ketoacids, is the main part of the cocarboxylase molecule.

Clinical signs: Lack of vitamin B in the body causes carbohydrate metabolism, accumulation of lactic and pyruvic acids in tissues, resulting in neuritis and heart failure. The load or decrease of Vitamin B causes changes in the nervous system. As a result, it is important to act as an antihemorrhagic factor. Ascorbic acid also affects the activity of enzymes, some are activated (catalase, esterase, etc.) and some are inhibited (urease, beta-amylase).

Vitamin C participates in oxygen transport, converts folic acid into folic acid, activates the metabolism, increases the body's immunological reactivity, improves the phagocytic function of leukocytes, activates the bactericidal property of the mineral, the oxyl-base production and antitoxic properties of the liver.

In children, hypovitaminosis C occurs as an additional asthenic syndrome. At the same time, an angiodystrophic condition occurs in patients: as a result of a slight injury, capillaries burst, ecchymoses appear. In children of school age, it is characterized by mild infiltration, bleeding of the gums, bleeding when cleaning the teeth, and the appearance of pink spots. There is a lack of function of the heart and vascular organs, that is, it is characterized by heart failure, - tachycardia, - unstable pulse.

In hypovitaminosis C, the amount of vitamin C in plasma is less than 0.006 g/l, and less than 0.005 g in daily urine. In the X-ray, the clarity of the tubular bones increases, the bone columns are thinned, destruction and periosteal calcifications are not seen..

USE OF FERLAITUM PREPARATION WITH ASCORBIC ACID IN THE COMPLEX TREATMENT OF IRON DEFICIENCY DISEASE

Shokirov Bobur, student of the 647th group of the Faculty of Medicine
Abdullayeva D.A., assistant of the department of pediatrics for treatment work

Despite the fact that modern hematology has achieved many achievements in the treatment of iron deficiency, the effectiveness of the treatment of mild and moderate forms of iron deficiency requires improvement in the treatment of this disease. In these diseases, stimulating the enzymatic activity of the gastrointestinal tract can be one of the effective methods of treating iron deficiency. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of ascorbic acid in combination with totem in the treatment of iron deficiency in 50 children with iron deficiency under the age of 10.

In all patients, iron deficiency, hemoglobin level below 100g/l, epithelial, asthenoneurotic, and local immune deficiency syndromes were observed: 25 patients were given ferlaitum, 25 of them were given ferlaitu, and 2% ascorbic acid solution; ferlaitum drug was taken in 2.5 ml 5 minutes after ingestion. Total treatment duration was 10 days. All patients were prescribed the drug Ferlaitum at a daily dose of 5 mg/kg according to their age.

Side effects were not observed when using Ferlaitum drug and 2% ascorbic acid solution. 2% ascorbic acid with ferlaytum was used together with an enteral solution in 25 patients, the treatment of mine index for 6-7 days led to positive changes in the patients, pallor of the skin and mucous membranes, dryness of the skin and flaking of the skin, dystrophy of nails and hair, anorexia, symptoms of angular stomatitis, asthenoneurotic and early positive changes were observed compared to the group with epithelial syndromes, but the totem was used.

Conclusion: Thus, the stimulation of the enzymatic activity of the gastrointestinal tract leads to the activation of iron absorption in the gastrointestinal tract in children, which leads to the early elimination of the symptoms of iron deficiency.

THE USE OF ELASTOGRAPHY TO ASSESS THE DEGREE OF FIBROSIS OF THE LIVER PARENCHYMA IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS IN COMBINATION WITH TUBERCULOSIS

**Egamberdiev A is a 5th year student of the pediatric faculty 528 group Scientific
supervisor: R.K.Abdumanapova, Assistant of the Department of Phthisiology
Andijan State Medical Institute**

Relevance of the study: among patients with tuberculosis in all age groups, there is an increase in the number of people with a history of liver diseases of various nature (viral B, C, toxic, often as a result of alcohol abuse). Transabdominal ultrasound examination of the

liver in this cohort does not reflect changes in the liver parenchyma at early stages in hard-to-reach liver segments, such as 1, 2, 4, 5, 8, thus, it does not allow the verification of pathology [1-3,5,6]. To determine the severity of liver fibrosis in order to determine the possibility of using standard tuberculosis treatment regimens or choosing alternative treatment methods for the severity of fibrosis, these questions can be answered after liver elastography [2,5,6,7]. The importance of an adequate and timely assessment of the severity of the pathological process in the liver parenchyma is currently beyond doubt. As noted by Postnova N.A., Vasiliev A.Yu. [5], one of the promising methods for diagnosing the development of liver fibrosis in the early stages is liver elastography, which allows to assess the elasticity of the liver.

The purpose of the study. To study the compatibility of clinical and laboratory manifestations of chronic hepatitis in tuberculosis patients with echoscopic changes in the liver parenchyma detected by ultrasound examination.

Material and methods of research. The ultrasound examination was performed with the SonoScapeS 40 ultrasound machine (expert class, with 3D/4D function). The type and frequency of the sensor is convexic, linear, cardiological 3.5-5 MHz.

The results of the study and their discussion. 47 tuberculosis patients with various liver pathologies were studied. There were 40 men among them, whose age was 30-34 years- 27. The clinical forms of tuberculosis were distributed as follows: 29 patients were diagnosed with tuberculosis for the first time, the rest of the chronicles had follow-up periods in the dispensary ranging from 3 to 5 years. The majority of patients were diagnosed with infiltrative tuberculosis with decay and bacterial colonization. 34 patients developed pulmonary tuberculosis against the background of liver pathology. These are the most severe patients under the supervision of a hepatologist, anti-tuberculosis therapy was carried out with great difficulty. Elastography was recommended to 13 patients during treatment when patients developed poor drug tolerance. In the studied group, it was found that the most common liver pathology were: a history of viral hepatitis B and C in 28 patients, alcoholic liver damage in 12, cirrhosis of the liver in 7. During the examination of patients, transabdominal echoscopy was performed in a seroscale mode.

Ultrasound confirmation of echoscopic changes was based on the following indicators: in 15 (32%) patients with mild severity, there were slight increases in the size of the right lobe of the liver, increased echogenicity, pronounced granularity or minor fine-focal heterogeneity of the parenchyma. In 25 (53.1%) patients with moderate severity of the process, an increase in size due to the right and left sections was noted, compared with the norm - less distinct capsule differentiation, rounding of the lower edge, an increase in angle and a uniform increase in echogenicity. In 7 (14.9%) patients with severe severity, there were: irregularity and "thinning" of the contours of the diaphragm, uneven grain, high echogenicity with areas of heterogeneity, indistinct contours and depletion of the vascular pattern. The correction of anti-tuberculosis drugs was carried out against the background of adequate hepatoprotective therapy conducted by a hepatologist. Comprehensive treatment, the use of alternative anti-tuberculosis therapy regimens made it possible in 70% of cases to complete treatment, and in most patients the cessation of bacterial excretion was achieved, i.e. the patients stopped being dangerous to others.

Conclusions. The results of this examination showed that in the ultrasound examination of tuberculosis patients with a history of various liver diseases, it is necessary to constantly

monitor the condition of the liver and timely correct anti-tuberculosis therapy. Patients with severe liver disorders observed by a hepatologist should be regularly examined for tuberculosis to prevent the development of severe forms of tuberculosis.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ФИБРОЗИРОВАНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

**Эгамбердиев А-студент 5 курса педиатрический факультета 528 группа
Научный руководитель: Р.К.Абдуманова, ассистент кафедры фтизиатрии
Андижанский государственный медицинский институт Андижан, Узбекистан**

Актуальность исследования: среди пациентов больных туберкулезом во всех возрастных группах отмечается рост количества лиц с перенесенными в анамнезе заболевания печени различной природы (вирусные В, С, токсические нередко- в результате злоупотребления алкоголя). Трансабдоминальное ультразвуковое исследование печени у данного контингента не отражают изменений паренхимы печени на ранних стадиях в труднодоступных сегментах печени, таких как 1, 2, 4, 5, 8, тем самым не дает возможности верификации патологии [1-3,5,6]. Для определения степени выраженности фиброзирования печени с целью определения возможности применения стандартных схем лечения туберкулеза или выбора альтернативных методов лечения при выраженности фиброза, на эти вопросы можно получить ответ после проведения эластографии печени [2,5,6,7]. Важность адекватной и своевременной оценки выраженности патологического процесса в паренхиме печени в настоящее время не вызывает сомнений. Как отмечают Постнова Н.А., Васильев А.Ю. [5], одним из многообещающих методов диагностики развития фиброза печени на ранних стадиях является эластография печени, позволяющая оценить эластичность печени.

Цель исследования. Изучить сочетаемость клинико-лабораторных проявлений хронических гепатитов у больных туберкулезом, с эхоскопическими изменениями в паренхиме печени выявляемыми при ультразвуковом исследовании.

Материал и методы исследования. Ультразвуковое исследование проводилось ультразвуковым аппаратом «SonoScapeS 40» (экспертный класс, с функцией 3D/4D). Тип и частота датчика конвексный, линейный, кардиологический 3,5-5 MHz.

Результаты исследования и их обсуждение. Было исследовано 47 пациентов туберкулезом с перенесенными различными патологиями печени. Среди них мужчин было 40, возраст которых был 30-34 года- 27. Клинические формы туберкулеза распределились следующим образом: у 29 пациентов туберкулез был диагностирован впервые, остальные хронические сроки наблюдения в диспансере составил от 3 до 5 лет. У основной массы больных, диагностирован инфильтративный туберкулез с распадом и бактериовыделением. У 34 пациентов на фоне печеночной патологии развился туберкулез легких. Это наиболее тяжелые больные, находящиеся под наблюдением гепатолога, противотуберкулезная терапия проводилась с большими трудностями. 13 пациентам эластография была рекомендована в процессе лечения, когда у пациентов развилась плохая переносимость препаратов. В исследованной группе установлено:

наиболее частой патологией печени были: перенесенный в анамнезе вирусные гепатиты В и С -28 пациентов, алкогольное поражение печени у 12, цирроз печени -у 7. При обследовании больных было проведено трансабдоминальная эхоскопия в серошкальном режиме.

Ультразвуковое подтверждение эхоскопических изменений были оснований следующими показателями: у 15 (32%) больных с лёгкой степени выраженности отмечались незначительные увеличения размеров правой доли печени, повышение эхогенности, выраженной зернистости или незначительной мелкоочаговой неоднородности паренхимы. У 25 (53,1%) больных с умеренной степенью выраженности процесса отмечались увеличение размеров за счёт правых и левых отделов, по сравнению с нормой- менее отчетливой дифференциацией капсулы, закругление нижнего края, увеличение угла и равномерное повышение эхогенности. У 7 (14,9%) больных с тяжёлой степенью выраженности отмечались: неровность и «истончение» контуров диафрагмы, неравномерная зернистость, высокая эхогенность с участками неоднородности, неотчетливые контуры и обеднение сосудистого рисунка. Коррекция противотуберкулезных препаратов осуществлялась на фоне адекватной гептопротекторной терапии, проводимого гепатологом. Комплексное лечение, применение альтернативных схем противотуберкулезной терапии позволили в 70% случаев довести лечение до конца, причем у большинства пациентов достигнуто прекращение бактериовыделение, т.е. пациенты перестали быть опасными для окружающих.

Выводы. Результаты данного обследования показали, что при ультразвуковом исследовании больных туберкулезом с перенесенными в анамнезе различными заболеваниями печени необходимо постоянно следить за состоянием печени и своевременно проводить коррекцию противотуберкулезной терапии. Пациенты с тяжелыми нарушениями печени, наблюдающиеся у гепатолога должны регулярно обследоваться на туберкулез, для предупреждения развития тяжелых форм туберкулеза.

FEATURES OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS

**Ergasheva D-513 direction of professional education Scientific leader: Maksumova
D.K. Department of phthisiatrics and pulmonology
Andijan State Medical Institute**

Relevance. Diagnosis and treatment of tuberculosis in patients with HIV infection is a global problem, as there is an increase in the prevalence of HIV infection in many countries of the world, complicating the fight against tuberculosis. Tuberculosis is the leading cause of death in patients with HIV infection. The features of the course, diagnosis and effectiveness of tuberculosis treatment depend on the stage of HIV infection and the state of immunity. Standard short-term treatment regimens for tuberculosis in patients with HIV infection are often not effective, therefore, the duration of treatment for such patients should be at least 9 months.



The aim of the study was to evaluate the effectiveness of standard regimens of antibacterial therapy in patients with pulmonary tuberculosis with concomitant HIV infection.

Materials and methods. We examined 41 patients with pulmonary tuberculosis in combination with HIV infection who were treated in the therapeutic departments of the Andijan regional tuberculosis dispensary during the year.

The results of the study and their discussion. Among the surveyed men there were 35 (85.4%), women - 6 (14.6%). Persons aged 25-340 years, residents of the village prevailed. Most of them didn't work. Moreover, the affected men were found to have abused alcohol — 24.4%, smoked - 68, 3%, 14, 6% They were released from prison. Among the studied 39 patients, 10 (25.7%) patients had oropharyngeal candidosis, 11 (28.2%) had lymphadenopathy and 12 (30.7%) patients with HIV had cachexia, 6 (15.4%) had splenosis and hepatomegaly. Of the clinical forms of tuberculosis, infiltrative tuberculosis prevailed in 17 (41.5%), disseminated tuberculosis in 12 (29.3%), fibrous — cavernous (these are people who are registered for tuberculosis) in 5 (12.2%), focal tuberculosis in 4 (9.8%)- these are people who have tuberculosis along with HIV status at the same time. Cavernous and exudative pleurisy - one patient each. In patients with disseminated pulmonary tuberculosis, 6 were diagnosed with tuberculosis of the peripheral lymph nodes, tuberculous coxitis, tuberculous gonitis. Of the 17 patients with infiltrative tuberculosis, 3 patients had spondylitis, renal tuberculosis, since they had bacterial excretion, treatment was carried out in the therapeutic department in compliance with the orthopedic regime. Thus, patients with infiltrative and disseminated tuberculosis had extrapulmonary lesions, i.e., multiple organ tuberculosis occurred. Bacterioscopy revealed bacterial excretion in 12 (29.3%) patients, GeneXpert Rif in 6 (14.6%) patients, and multidrug resistance was detected in 1 of them. The X-ray picture of the patients looked like this: a unilateral process in 19 (46.3%) patients, a bilateral process was observed in 22 (53.7%) patients. With a lesion of 1 lobe of the lung - 10 (24.4%) patients, 2 lobes - 8 (19.5%) patients, 3 lobes - 17 (41.5%) patients. In blood tests, anemia was detected in 20 patients, leukocytosis in 14 patients, and an increase in ESR in 36 patients. In 12 patients with disseminated tuberculosis CD-4 lymphocytes were below 200, they were the ones with multiple organ tuberculosis. All patients received standard chemotherapy with basic anti-tuberculosis drugs, one patient started chemotherapy for drug-resistant tuberculosis according to WHO recommendations. Pathogenetic and symptomatic therapy was also included in the comprehensive treatment. Violation of the chemotherapy regimen was noted in 5 (9.8%) patients, which shortened their hospital stay. The effectiveness of treatment was assessed by stopping bacterial excretion and closing the decay cavities. Abacylation by bacterioscopy occurred in 6 (14.6%) patients 3-4 months after the start of antibacterial therapy. Positive dynamics of treatment was noted in 21 (51.2%) patients, without dynamics - in 3 (7.3%), slight improvement — in 6 (14.6%) patients. The progression of the process was detected in 2 (4.9%) patients, and the fatal outcome was in 9 (22%) patients.

Conclusion. The standard regimen of antibacterial therapy in the treatment of pulmonary tuberculosis in HIV-infected patients is not effective enough, which is associated with a pronounced immunodeficiency condition in patients with HIV infection, the development of other opportunistic diseases, the presence of multiple organ damage and frequent violation of the regime among this category of patients.



SONOGRAPHY METHOD FOR VERIFICATION OF LIVER PATHOLOGY IN HIV-INFECTED PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

**Ergasheva D-513 direction of professional education Scientific leader: Maksumova
D.K. Department of phthisiatrics and pulmonology
Andijan State Medical Institute**

Introduction. According to official statistics at the end of 2019, about a million people with HIV infection live in Russia. According to various experts, there are 1.5-2 million infected people in Russia. Despite the achievements of medical science and the experience of prevention in the fight against HIV infection, it has not yet been possible to stop the spread of its pandemic. An alarming fact is the increase in the number of HIV-infected people in the Republic of Uzbekistan. It has been proven that tuberculosis develops in HIV-infected people in more than 70% of cases and at the same time is a sign indicating the progression of immunodeficiency. As noted in the literature, extrapulmonary tuberculosis has become prevalent in recent years, in particular tuberculosis of peripheral lymph nodes, pleurisy.

Goal. The purpose of this study was to study the incidence of liver pathology in HIV-infected patients in combination with various forms of tuberculosis.

Materials and methods of research. The analysis of 179 HIV-infected patients who were treated at the Andijan tuberculosis dispensary for two years was carried out. Of the 53 adults, there are adult patients, 126 children and adolescents.

The results of the study and their discussion. Upon admission to the tuberculosis dispensary, all patients, except for routine research methods, underwent a sonographic examination of the liver organs. Since the identified changes in this organ, in combination with biochemical analyses, make it possible to adjust etiotropic therapy to prevent the development of side effects of anti-tuberculosis drugs. In the studied group of patients, the prevalence of males was 117 (65.4%); there were almost two times fewer women. The most common combined pathology was observed at the age of 26-30 years (64.2%). In this development, it was found that 67% of the majority of patients live in rural areas, so many of them did not have a permanent job. In 72 HIV-infected patients, tuberculosis was detected in the process before the examination at the AIDS center. 109 patients were diagnosed with tuberculosis within 3 to 4 years from the moment they were registered for HIV, and 18 had contact with tuberculosis patients. An ultrasonographic study conducted in 98 patients revealed a change in the liver. In these patients, when clarifying the anamnestic data, it was revealed that 47 of them had hepatitis B- 39 and C- 8. Moreover, patients with hepatitis suffered from pain and heaviness in the right hypochondrium, decreased appetite, heartburn, and weight loss upon admission. Laboratory blood tests in 98 patients revealed signs of anemia of varying severity, moderate leukocytosis was observed in 46 patients, a decrease in plasma proteins was also found in almost all patients. When studying the structure of tuberculosis, infiltrative tuberculosis prevailed, some of them had bacterial excretion and had decay cavities. Tuberculosis in HIV-infected patients often occurs against the background of chronic liver damage of a polyethological nature (viral, toxic, alcoholic). A high incidence of tuberculous liver damage was noted, reaching 85% in generalized hemotagenic tuberculosis. The peculiarities of liver pathomorphology must be taken into

account both in the treatment of tuberculosis and in the verification of the causes of liver damage. Due to immunodeficiency, changes occur, including in the spleen in the form of splenomegaly and an additional lobule – in 7-10% of HIV-infected tuberculosis patients. Ultrasound in 123 patients revealed an increase in the size of the liver due to both lobes (an increase in the size of the right lobe by 5-9 cm, the left by 3-6 cm); diffuse changes in the parenchyma of varying severity were noted in 109 patients, and in 4 more cases - fatty hepatosis. In most of the 126 children in 85 patients, along with an enlarged liver, there was damage to the spleen in the form of diffuse changes in the parenchyma, an increase in its size. An analysis of the state of the immune system found that in HIV-infected people with CD- 4 more than 500, the general symptoms of pathology were scarce or absent. The biochemical tests were within the normal range. In HIV-infected patients with CD 4, an equal number of 200 or lower was observed in 47 patients with hepatitis. All patients were prescribed antibacterial therapy according to WHO protocols and the national tuberculosis control program. Biochemical analyses in patients with hepatitis before the start of etiotropic treatment were at the upper limit of the norm. All patients with a history of hepatitis were consulted by an infectious disease specialist and a therapist, and symptomatic drugs, including herbal hepatoprotectors, were prescribed as necessary. However, despite this, an increase in transaminases was noted in 12 patients 2-3 weeks after the start of treatment, and clinical symptoms appeared. The patients underwent correction of hepatoprotectors and control ultrasound of the liver, allowed 8 patients to restore the previous chemotherapy regimen, 4 changed the treatment regimen, these patients were transferred to alternative regimens, these patients had the addition of pneumocystis pneumonia, in parallel, a deterioration in biochemical analyzes was noted. In this regard, all antibacterial drugs have been canceled. However, the condition of 2 patients progressively worsened and they died.

Conclusions: HIV-infected patients with various forms of tuberculosis, along with traditional examination methods, should be subjected to ultrasound sonography. This method is non-invasive, has no radiation exposure and allows you to identify changes in the abdominal organs, in particular the liver. This allows for timely symptomatic hepatoprotective therapy, which prevents the development of intolerance to anti-tuberculosis drugs.

ADVANTAGES OF MODERN METHODS FOR EXAMINING TUBERCULOSIS ADENOPATHIES IN CHILDREN WITH HIV

Yuldasheva M

**6th year student of the Faculty of treatment Scientific leader: Oripov Sh. Department
of phthisiatrics and pulmonology
Andijan State Medical Institute**

Relevance. According to official statistics at the end of 2019, approximately one million people with HIV infection live in Russia. According to various experts, there are 1.5-2 million infected people in Russia. An alarming fact is the increase in the number of HIV-infected people in the Republic of Uzbekistan. It has been proven that tuberculosis develops in HIV-infected people in more than 70% of cases and at the same time is a sign



indicating the progression of immunodeficiency. As noted in the literature, extrapulmonary tuberculosis, in particular tuberculosis of the peripheral lymph nodes, has become prevalent in recent years. Enlargement of the lymph nodes, even without pain, is one of the most common complaints when contacting a polyclinic, especially people with HIV. This problem is relevant for general practitioners, when lymphadenopathy is detected in a person who has applied to a polyclinic, it is necessary to determine the cause of an enlarged lymph node and outline a plan before examination and treatment of the patient.

The purpose of this study. Was to study methods for diagnosing tuberculosis of peripheral lymph nodes and intracoracic lymph nodes in HIV-infected children.

Materials and methods of the study. An analysis of 179 HIV-infected patients who were treated at the Andijan tuberculosis dispensary for two years was carried out. Of the 53 adults, there are adult patients, 126 children and adolescents. Considering that children prevailed in this study (70%), we studied HIV-infected children who were examined and treated in the children's department of the regional tuberculosis dispensary for 2 years.

The results of the study and their discussion. In 126 children and adolescents, 101 (80%) had an increase in peripheral lymph nodes. Moreover, in 68 children, the reason for going to the polyclinic was precisely the enlarged peripheral lymph nodes. Most of the children who applied were diagnosed at the beginning with non-specific lymphadenitis, after the lack of effect from the anti-inflammatory treatment or the progression of adenopathy, the occurrence of complications (fever, suppuration) caused an examination for HIV infection. After HIV infection was established, some parents examined the children at the Republican Institute of Virology, where the diagnosis was confirmed and X-ray examination revealed changes in chest X-rays, after consulting a phthisiologist, the children were sent for pre-examination and treatment at the Andijan tuberculosis dispensary.

To verify the etiology of lymphadenopathy, traditional methods were used, as well as ELISA diagnostics for the determination of tuberculosis antibodies, Diaskintest, if necessary, a computed tomogram of the intracoracic lymph nodes and lung parenchyma, if the patient had a cough with sputum, then a bacteriological Bactec (MGIT) test and the real-time PCR GeneXpert Rif method were performed.

Prior to the detection of HIV infection, 67 patients underwent biopsy of enlarged lymph nodes, and 61 patients were histologically diagnosed with reactive and nonspecific lymphadenitis, only 6 (9.8%) were diagnosed with tuberculosis of peripheral lymph nodes. At the admission of children, generalized adenopathy (intrathoracic, maxillary, cervical, supraclavicular and subclavian, axillary, inguinal lymph nodes) was most often detected in 106 children; isolated only cervical and intrathoracic in 12, intrathoracic and axillary in 8, The size of enlarged peripheral lymph nodes: small up to 3mm- 22, medium up to 1 cm- 91, large over 1cm- 13 children; soft-elastic, painless, mobile in consistency. In 9 children, lymph nodes complicated by lymphoabcess were found to be soldered, painful lymph nodes

The gold standard for the diagnosis of tuberculosis is: examination of complaints, anamnesis of the disease, objective examination of the patient, X-ray examination of the respiratory organs, tuberculin tests, biopsy of enlarged lymph nodes. As evidenced by the literature data (J.S.Brandis et al., 1975; R.V.Kratule, 1988), who believe that the nature of the reaction to the Mantoux test is not a decisive diagnostic criterion for tuberculosis of peripheral lymph nodes. Moreover, in HIV-infected people, especially with a decrease in the immune status, the Mantoux test becomes negative, i.e. in HIV-infected people, this

study loses its significance. If out of 126 children, only 25 patients had a positive Mantoux test with 2 TE. 101 patients with negative reactions were given a Diaskin test. The results were as follows: 15 had a negative result, 8 had a doubtful result, the remaining 78 (77.2%) had a positive result, the average papule size was 8.9 mm.

HIV-infected people with CD-4 had more than 500, there were no general symptoms of pathology, the reason for contacting doctors was only a significant increase in lymph nodes.

Conclusion. Thus, on the basis of the above, the following conclusion can be drawn: In children who have consulted a doctor about enlarged lymph nodes and the lack of results of anti-inflammatory treatment, it is necessary to examine for HIV infection. When detecting HIV infection, it is necessary to exclude the tuberculous nature of enlarged peripheral and intracoracic lymph nodes; For the differential diagnosis of lymphadenopathies in HIV-infected patients, it is necessary to conduct ELISA with tuberculosis antigen in dilutions of not only 1:100, but also 1:25; 1:10, which significantly increases the probability of correctly identifying the cause of lymphadenopathy.

MODERN METHODS OF VERIFICATION OF TUBERCULOUS ADENOPATHIES IN HIV-INFECTED CHILDREN

Yuldasheva M

**6th year student of the Faculty of treatment Scientific leader: Oripov Sh. Department
of phthisiatrics and pulmonology
Andijan State Medical Institute**

Relevance. But the traditional method of diagnosis, based on histological examination of lymph nodes, in most cases does not give reliable results due to the similarity of the morphological picture with other diseases of the lymph nodes. To verify the etiology of lymphadenopathies, various methods of Diaskintest, bacteriological examination, immune enzyme analysis for the detection of antibodies to Mycobacterium tuberculosis, as well as the real-time PCR method are proposed.

The purpose of this study. Was to study methods for diagnosing tuberculosis of peripheral lymph nodes and intracoracic lymph nodes in HIV-infected children.

Materials and methods of the study. An analysis of 179 HIV-infected patients who were treated at the Andijan tuberculosis dispensary for two years was carried out. Of the 53 adults, there are adult patients, 126 children and adolescents. Considering that children prevailed in this study (70%), we studied HIV-infected children who were examined and treated in the children's department of the regional tuberculosis dispensary for 2 years.

The results of the study and their discussion. In HIV-infected patients with CD- 4 equal to 200 and below, not only an increase in peripheral lymph nodes was noted, but also an increase in body temperature, irritability, lethargy, decreased appetite, in addition, the lymph nodes in some patients were significantly enlarged and abscess was observed in 6 of them, i.e. the onset of AIDS was noted.

During the examination of all 126 HIV-infected children (101 of them had an increase in peripheral and intrathoracic lymph nodes), to exclude the diagnosis of tuberculosis, ELISA was performed in a standard 1:100 serum dilution with tuberculosis antigen. 110 patients had a negative result, which did not correspond to the clinical picture of the disease.

Taking into account the fact that in patients with reduced immunity, the production of antibodies against mycobacteria is low, the blood serum of patients after determination in a standard dilution of 1:100 was diluted 1:10 (positive result was detected in 32), 1:25 (positive result in 57) in a total of 89 patients. The lower the immunity of a child or teenager, it is necessary to dilute the serum 4 times less, which gives a higher result of antibody detection.

25 HIV-infected children and adolescents who had prolonged cough, examination of sputum bacterioscopically, all results were negative. Bacteriological examination on the Bactec device (MGIT) in these patients, a positive result was obtained in 4, the growth of mycobacterium colonies with preserved sensitivity was observed. The PCR method (GeneXpert Rif) revealed the presence of mycobacterium tuberculosis in 9 patients and multidrug resistance was detected in 1 patient. The study of the anamnesis of this teenager established the presence of contact with a father with tuberculosis, who has been on the anti-tuberculosis register for 2 years.

Of 126 HIV-infected children and adolescents, tuberculosis was confirmed, and 15 children had lymphadenopathy of a non-tuberculous etiology. Of the 126 children, 101 had an increase in peripheral lymph nodes. HIV-infected patients with lymphadenopathy underwent clinical observation, biopsy of enlarged lymph nodes, ELISA diagnosis with tuberculosis antigen, CD-4 lymphocyte count.

Conclusion. Thus, on the basis of the above, the following conclusion can be drawn: The clinic of lymphadenopathy is directly dependent on the content of CD-4. To verify the tuberculous etiology of lymphadenopathies, it is necessary to use a Diaskintest, which in a larger percentage of cases gives a positive result. In children and adolescents, in the presence of cough with sputum, bacteriological and especially PCR examination increases the chance not only to identify mycobacteria, but also to determine the presence of drug resistance in a short time, therefore, it will allow adequate therapy to begin.

ENDOVIDEOSURGICAL VERSUS OPEN SURGERY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH THORACOABDOMINAL INJURIES

Yakhyoev S.M., Yuldashev Kh.A., Phoziljonov O. Sh.

**The Department of General Surgery, Anesthesiology-Reanimatology and
Otorinolaringology Scientific supervisor: G.M. Khodzhimatov,
Andijan State Medical Institute**

Abstract. The study is based on the results of surgical treatment of 190 patients with thoracoabdominal injuries. The main group consisted of 68 patients, and the improved surgical algorithm was used in the stages of their diagnosis and treatment, the comparison group consisted of 122 patients, and traditional standard methods of diagnosis and treatment were used. In the study, improved surgical tactics were proven to be highly effective for thoracoabdominal injured patients.

Key words: thoracoabdominal injuries, laparoscopy, thoracoscopy

Introduction. A diagnosis and treatment of thoracoabdominal injured patients is one of the major problems of emergency surgery. This situation is related not only to the prevalence of this type of injury, but also to the high frequency of diagnostic and treatment

errors and complications [3,5,9]. A very large percentage of diagnostic thoracotomy and laparotomies remains, therefore, according to a number of authors, the frequency of diagnostic laparotomies reaches from 24.9% to 33.5%. At the same time, in 27.6% of cases, there is no damage to internal organs in the case of open wounds of the abdominal cavity. Until now, the frequency of unnecessary thoracotomy for chest injuries in peacetime is 12-14.6% [4,6,7]. Unnecessary operation always harmful for human body and it leads to decline ability of compensation and later to death.

In many cases, various diagnostic and tactical errors occur due to the limitations of traditional diagnostic and treatment methods. The use of modern minimally invasive methods in surgical practice, in particular, endovideosurgery, has been proven to significantly improve the quality of diagnosis and treatment after the using of these methods, especially in the round-the-clock service of emergency hospitals [1,3,6,8].

Until now, despite many scientific studies, the requirements for diagnostic methods of patients with thoracoabdominal injuries, i.e. immediate performance, reliability of results, less trauma, the ability to quickly transition from diagnosis to treatment, have not been clearly defined, and an integrated treatment and diagnosis algorithm has not been developed [2,4,9]. At the same time, researches require to continue to search for optimal diagnostic methods in patients with thoracoabdominal injuries, choosing the correct surgical tactics at all stages of treatment, using less invasive technology, and measures to avoid increasing the risk of complications in the post-diagnosis period.

Materials and methods. Clinical study was conducted at Andijan State Medical Institute and the Department of Emergency Surgery of the Andijan Branch of the Republican Emergency Medical Center during the period of 2017-2022 years. The results of surgical treatment of 190 thoracoabdominal injured patients were analyzed. Patients were divided into two large groups, first group (comparison group) includes 122 (64.21%) patients who were treated during 2017-2020, and their diagnosis and treatment were carried out by standard-traditional surgical tactics. The second group (main group) - 68 (35.79%) patients, surgical management of this patients based on improved diagnosis and treatment algorithm developed by endovideosurgical methods on during 2021-2022 years. Age of patients ranged from 18 to 88 years, males -53 (77.94%) and 103 (84.43%), females -15 (22.06%) and 19 (15.57%) at the main and comparison groups, respectively. According of nature of injury patients divided in three groups: thoracic, abdominal and combined thoracoabdominal injured patients. Injury severity was determined by the NISS scale, chest injuries were -12.05 ± 1.34 and 12.32 ± 1.15 ($p=0.878$), abdominal injuries were -13.57 ± 1.04 and 13.51 ± 0.84 ($p=0.962$), in patients with thoracoabdominal injuries equal to -19.35 ± 1.45 in the main group, and -19.22 ± 1.33 in the comparison group ($p=0.947$).

Results and discussion. A total of 10 (50.0%) patients used conventional methods in the diagnosis and treatment of patients with chest injuries in the main group, of which 6 (30.0%) patients finished with pleural cavity drainage and 4 (20.0%) patients with thoracotomy. Modern minimally invasive methods - thoracoscopy were used in 10 (50.0%) patients. In the comparison group, traditional methods were used in the diagnosis and treatment of patients in all cases, of which 13 (41.94%) patients underwent pleural drainage and 18 (58.06%) patients underwent thoracotomy. After the operations, various complications were observed in 9 (29.03%) patients in the comparison group, including wound suppuration-4 (12.9%), pleural empyema-2 (6.45%) and reactive pleurisy-3 (9.68%).

) was detected in the patient. In the main group, only 1 (5.0%) patient (suppuration of the examination wound) had a complication after the examination. In the comparison group, 1 (32.26%) patient died as a result of acute blood loss, in the main group there were no lethal consequences.

In the main group, laparotomy was performed in 11 (39.29%) patients with abdominal injuries, endovideosurgery methods were performed in 17 (60.71%) patients. All patients in the comparison group were treated conventionally. When we analyzed the effectiveness of using an improved diagnosis and treatment algorithm, high results were obtained. Complications were observed in a total of 2 (7.14%) patients after examinations performed in the treatment of the main group of patients: suppuration of the examination wound in 1 (3.57%) and pneumonia in- 1 (3.57%) patient. In the comparison group, wound suppuration- 6 (10.17), peritonitis-2 (3.39%), pneumonia-4 (6.78), reactive pleurisy-4 (6.78%), pleural empyema -2 (3.39%) was observed in the patient. Complications after examination were eliminated by conservative and surgical procedures. Also, after examinations in the comparison group, 2 (3.39%) patients died on the 1st day of treatment, the cause of death was hemorrhagic shock and multiorgan failure.

In the main group, traditional, endovideosurgery and hybrid (traditional in one cavity and endovideosurgery in the other) operation were used in the treatment of patients with combined chest and abdominal injuries. According to this, traditional procedures were performed in -5 (25.0%), endovideosurgery - 5 (25.0%), and hybrid procedures - 10 (50.0%) patients. In the comparison group, all patients received traditional treatment methods (drainage of the pleural cavity, thoracotomy and laparotomy) were used. The use of improved surgical tactics developed on the basis of endovideosurgery methods, in patients with thoracoabdominal injuries led to a reduction in postoperation complications in patients. For example, in this group, only two patients had post-operative complications, which were surgical wound suppuration in patient-1 (5.0%) and reactive pleurisy in patient-1 (5.0%). In the comparison group, suppuration of the inspection wound - 4 (12.5%), subdiaphragmatic abscess - 1 (3.12%), peritonitis - 1 (3.12%), pneumonia - 2 (6.25%), reactive pleurisy - 3 (9.38%) and pulmonary artery thromboembolism was observed in 1(3.12) patient, which is directly related to open examinations. Also, in the main group, 1 (5.0%) patient died as a result of septic shock, polyorgan failure. In the comparison group, 2 (9.38%) patients died of polyorgan failure, 1 (3.12%) pulmonary artery thromboembolism, and another 1 (3.12%) patient died as a result of acute blood loss, acute hemorrhagic shock.

Conclusion. The algorithm of diagnosis and treatment of patients with thoracoabdominal injuries, developed on the basis of endovideosurgery methods, has a higher efficiency than standard traditional methods, reducing post-operative complications in thoracic injuries - from 32.26 to 5.0%, abdominal cavity It reduces from -31.04 to 7.14% in injuries, and from -37.5 to 10.0% in combine injuries of the chest and abdomen.



IMPORTANCE OF ENDOVIDEOSURGICAL METHODS IN THE TREATMENT OF THORACOABDOMINAL INJURIES

Yakhyoev S.M., Yuldashev Kh.A., Phoziljonov O. Sh.

**The Department of General Surgery, Anesthesiology-Reanimatology and
Otorinolaringology Andijan State Medical Institute,
Andijan, Uzbekistan Scientific supervisor: G.M. Khodzhimatov,**

Abstract. The modern improved algorithm of diagnosis and treatment of thoracoabdominal injuries is described in detail in this article. Traditional treatment methods with high efficiency and modern endovideosurgical treatment methods were used in the development of this algorithm. The development of this algorithm is based on highly effective traditional treatment and modern endovideosurgical methods. An improved algorithm for the diagnosis and treatment of patients with thoracoabdominal injuries allows for immediate decision-making in the diagnosis and treatment of patients. As well as, it leads to a reduction in the number of open explorative operations (diagnostic thoracotomy and laparotomy), and a decrease in complications after operations.

Key words: thoracoabdominal injuries, laparoscopy, thoracoscopy

Patients with thoracoabdominal injuries are considered the most difficult category of patients in emergency surgery, and the possibility of injury in two body cavities at the same time leads to difficulties in their diagnostic and surgical approach [2,5,6,10]. In this group of patients, a large number of factors prevent urgent diagnostic evaluation and planning of surgical treatment. Clinical urgency limits the time to assess the patient's severity, and the patient's unstable condition often prevents radiological examinations [3,4,9]. In patients who require evaluation, identification of the most severe lesion is important to avoid treatment delays and increased morbidity and mortality [7,8,10,13].

New methods of diagnosis and treatment of thoracoabdominal injuries should combine high information content and low traumatic impact. Among them, one of the most promising methods is endosurgical methods, which allow for less invasive diagnosis in the diagnosis of patients and, if necessary, an opportunity to perform an examination without expanding the wound [1,4,5,11,12].

Given the clinical difficulties and large volumes of these complex injuries, in our clinic hospital we tried to review our experience with management of thoracoabdominal injuries. The purpose of this study is to improve the results of treatment patients with thoracoabdominal injuries by describe the sequence of surgical interventions and developing an optimal diagnosis and treatment algorithm based on the use of endosurgical methods.

Analysis of the results of diagnosis and surgical treatment of patients with thoracoabdominal injuries using traditional methods (thoracotomy, laparotomy, diagnostic peritoneal lavage) showed their ineffectiveness. Due to this, there was a need to improve the methods of diagnosis and treatment of patients by modern diagnostic and treatment methods. Some success in this direction was the consideration of the severity of the patient's condition and the wider introduction of less invasive (endovideosurgery) methods into practice. The developed improved algorithm was developed based on the actual diagnostic capabilities of the examination methods.



Firstly, patient's hemodynamic condition is assessed by physical examinations, if patient is hemodynamically unstable and detecting of signs of damage to vital organs, should immediately. If the patient is hemodynamically unstable and without signs of damage to vital organs, the patient should undergo an immediate extended-FAST of chest and abdominal cavity by ultrasound. Positive e-FAST in the chest examination is identified with a small hemothorax and a tension pneumothorax pleural drainage is done. But drainage of the pleural cavity is ineffective the thoracotomy is performed immediately.

Positive e-FAST and medium and large hemothorax or hemopericardium is identified, thoracotomy is performed. e-FAST positive abdomen is detected, should immediately laparotomy and e-FAST of the chest and abdomen is negative, it is necessary to search for another source of bleeding in the patient and conduct E-FAST again.

Chest and abdominal focused ultrasound (E-FAST), computed tomography, X-ray and other instrumental and laboratory tests are performed, when the thoracoabdominal injured patient is hemodynamically stable. As a result of examinations small hemothorax or pneumothorax is detected the drainage of the pleural cavity is used. If the drainage of the pleural cavity is ineffective and also the examination reveals a medium and large hemothorax, hemopericardium, wound of the heart and thoracoabdominal region, videothoracoscopy is performed. When it is impossible doing surgery by videothoracoscopy may to converse to thoracotomy. In abdominal examinations free gas and liquid are identified videolaparoscopy is performed. If videolaparoscopic interventions are ineffective, conversion to laparotomy is performed.

The modern improved algorithm of diagnostic and surgical management based on the analysis of the diagnostic value of different examination methods in thoracoabdominal traumas, as well as approached analysis of the results of different surgical tactics.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯЦИОННОГО КАНАЛА ПИЩЕВОДА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА

**Выполнила: Абдукодирова З.Б,
студентка 4 курса педиатрического факультета 401 гр Научный
руководитель: Разаков Б.Ю. Кафедра анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Пищевод представляет собой мышечную трубку, по которой пища проходит от глотки до желудка. В норме длина пищевода составляет около 26 см. Начинается он от нижней границы перстневидного хряща, на уровне поперечных отростков шестого шейного позвонка, и продолжается до десятого грудного позвонка. Уже на ранних этапах внутриутробной жизни глотка отделена от желудка пищеводом, который представляет собой производную передней кишки. Будущий пищевод начинается от глоточной трубки и продолжается в каудальном направлении до зачатка печени.

Исследования в области структурного становления пищевода как органа актуальны и в настоящее время. Это обусловлено частотой гастроэзофагального рефлюкса у новорождённых и детей младшего возраста, ростом числа больных раком

пищевода, а также требованием более чёткого понимания васкуляризации пищевода в связи с реконструктивными операциями.

Цель исследования. Изучить становление гемомикроциркуляторного русла слоев стенки и сосудисто-тканевых взаимоотношений в пищеводе плодов человека разных сроков гестации.

Методы исследования. Объектом служили эмбрионы и плоды человека в сроки 5-38 недель развития.

Результаты исследования. В слизистой оболочке пищевода плодов человека формируется основной объём венозного отдела внутриорганный кровеносный русла. Подслизистое венозное сплетение выявляется с 17-18 недель гестации. К 26-28 неделям формируются две венозные сети, расположенные у основания слизистой оболочки и снаружи от мышечной пластинки слизистого слоя. Диаметр вен наружной венозной сети достоверно больше вен внутренней сети.

Созревание мышечной оболочки пищевода плодов человека непосредственно связано с прорастанием кровеносных сосудов. В кровеносном сплетении мышечной оболочки основная масса артерий и вен располагается параллельно группам мышечных волокон.

В поздний фетальный период (28-38 недель) в пищеводе плодов человека в пределах подслизистой основы, мышечной и адвентициальной оболочек структурно и топографически оформляются кровеносные сплетения, среди которых преобладают вены и сосуды синусоидного типа.

Сочетание классических анатомических и гистологических методик (инъекция кровеносного русла и гистологическая окраска) позволяет изучить компоненты гемомикроциркуляторного русла пищевода плодов человека при сохранении целостности сосудисто-тканевых взаимоотношений.

Становление гемомикроциркуляторного русла оболочек пищевода человека протекает в несколько этапов: 1) появление венозных и артериальных протокапилляров на 6-й неделе развития эмбриона; 2) специализация артерий и вен (от 6 до 11-12-недельного возраста); 3) формирование кровеносных сетей и сплетений пищевода (с 11-12-недельного срока до рождения плода).

Внутриорганные артерии пищевода плодов равномерно распределяются на всем его протяжении, независимо от числа подходящих внеорганных артерий.

Формирование собственной капиллярной сети слизистой оболочки пищевода человека продолжается до конца внутриутробного развития.

В течение пренатального ангиогенеза в пищеводе появляется морфологическая основа регуляции внутриорганный кровотока формирование мышечной оболочки артерий; появление после 30 недель клапанов вен; широкое анастомозирование венозных компонентов между сетями и сплетениями; контакт венозных компонентов с мышечными волокнами мышечной пластинки слизистой оболочки.

Вывод. Данное исследование расширяет и углубляет сложившиеся классические представления о динамике перестройки микрососудистого русла формирующегося пищевода млекопитающих.

Исследование имеет и практическое значение, реализуемое через внедрение результатов в образовательный процесс, подготовку высококвалифицированных специалистов, научно-лабораторную сферу и медицинскую практику.

Результаты послужат фундаментальной основой для диагностики, планирования и проведения лечебных и реабилитационных мероприятий при эзофагальной патологии.

ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС КЛЕТОЧНОГО СТАРЕНИЯ В ПАТОМОРФОГЕНЕЗЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Выполнила: Абдукодилова З.Б

**студентка 4 курса педиатрического факультета 401 гр Научный
руководитель: Разаков Б.Ю. Кафедра анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. На сегодняшний день структура мирового сообщества неуклонно изменяется в сторону увеличения численности пожилых людей и в связи с этим сохранение их работоспособности, здоровья качества жизни является важной социальной проблемой общечеловеческого масштаба. В пожилом возрасте происходят серьезные преобразования систем органов, в том числе и желез внутренней секреции.

Цель исследования. Установить закономерности структурных преобразований щитовидной железы человека на этапах старения.

Методы исследования. Для органомерии и гистологического исследований использовались щитовидные железы 50 людей обоего пола (27 мужчин и 23 женщин).

Результаты исследования. При старении происходит возрастное снижение пролиферативной активности тиреоцитов в щитовидной железе человека.

Индуктированное старение (воздействие ионизирующей радиации) приводит к уменьшению суммарной площади экспрессии белка Ki-67 в щитовидной железе старых крыс, однако усиливает пролиферативную активность тиреоцитов в молодом возрасте, что является потенциально неблагоприятным для формирования опухолевых очагов в щитовидной железе.

Зарегистрировано возрастное усиление процессов апоптоза клеток щитовидной железы у человека

Воздействие ионизирующей радиации приводит к активации процессов апоптоза в щитовидной железе крыс различного возраста. Сравнение показателей экспрессии проапоптозного фактора P53 у необлученных животных свидетельствует об усилении под действием радиации естественных инволютивных процессов, способствующих программированной клеточной гибели.

На основании оценки баланса процессов пролиферации и апоптоза в щитовидной железе человека и крыс показано преобладание антипролиферативных процессов при старении.

Воздействие ионизирующей радиации приводит к смещению баланса между процессами пролиферации и апоптоза в щитовидной железе крыс в сторону усиления клеточной гибели.

Однотипность динамики баланса пролиферативной активности и апоптоза клеток щитовидной железы у человека и крыс позволяет экстраполировать результаты экспериментальных исследований на человека.



Возрастное снижение пролиферативной активности тиреоцитов у человека и смещение баланса процессов пролиферации, и апоптоза при действии радиации в сторону клеточной гибели, прогрессирующее с возрастом у крыс, позволяет рассматривать старение как фактор, снижающий риск возникновения радиационно индуцируемого рака щитовидной железы.

Вывод. Нами был проведен цитогенетический анализ хромосом клеток лимфоцитов периферической крови людей возрастной группы без патологии ЩЖ (59—75 лет). Цито-генетический анализ хромосом клеток лимфоцитов периферической крови в возрасте 75 лет без патологии ЩЖ выявил единичные асимметричные транслокации хромосом.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СЕПСИСА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Выполнила: Абдукодирова З.Б,
студентка 4 курса педиатрического факультета 401 гр Научный
руководитель: Разаков Б.Ю. Кафедра анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Появление понятия о септическом состоянии и сохранение его до нашего времени является доказательством того, что понимание природы сепсиса – отражение познания человеком самого себя как биологической особи с позиций физиологии, а также результатом развития фундаментальных представлений реакции организма на повреждение (в том числе инфекционное).

Принято выделять три основных исторических этапа эволюции понятия сепсис: эмпирический, микробиологический, начало которому положило открытие микроорганизмов – возбудителей сепсиса, и современный, интегрирующий взаимодействие макро- и микроорганизма.

В значении, близком к нынешнему, сепсис определен Гиппократом более двух тысяч лет назад. Он использовал его для описания одного из двух противоположных механизмов превращения тканей млекопитающих или растений – гнилостного разложения или расщепления с образованием нового полезного продукта. В своих трудах Гиппократ изложил описание клинической картины «гнилокровия» (так долгое время называли все формы сепсиса), отличая его от бешенства и летаргии. Это является важным моментом, так как данный факт свидетельствует о том, что уже в тот период возникло понимание отличия сепсиса от других инфекционных заболеваний, наличие определенных закономерностей в его течении.

Цель исследования. Дать патоморфологическую характеристику изменений в органах умерших с клиническим диагнозом сепсис на фоне проведения современной комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Нами был исследован архивный материал 93 аутопсий умерших с клиническим диагнозом сепсис.

Результаты исследования. При микроскопическом исследовании оценивали частоту встречаемости среди наблюдений и распространенность признаков повреждения сосудов микроциркуляторного русла, а также паренхимы органов:

миокарда, печени, почек, головного мозга. Проводили статистическую обработку полученных данных с определением достоверных различий между группами наблюдений.

Выделено 4 группы наблюдений: 1-я – с лейкоцитарными мини-очагами и шоком ($n=10$), 2-я – с мини-очагами без шока ($n=11$), 3-я – без гнойных метастазов с шоком ($n=15$), 4-я – без гнойных метастазов без шока ($n=43$). Установлено, что основным этиологическим фактором септического шока является грамотрицательная микрофлора.

При септическом шоке активация свертывающей системы более выражена, что подтверждается большей частотой обнаружения тромбов в просветах сосудов микроциркуляторного русла. В группе с шоком и лейкоцитарными мини-очагами лейкостаз в сосудах почки и десквамации эндотелия обнаруживались достоверно чаще ($p=0.01$), чем в группе с шоком без гнойных метастазов.

Выявление минимальных морфологических признаков септического метастазирования и наиболее значимых признаков повреждения сосудов микроциркуляторного русла позволяют улучшить патологоанатомическую диагностику сепсиса.

Обнаруженные особенности экспрессии сигнальных молекул в эндотелии сосудов микроциркуляторного русла, выявляемые при проведении иммуногистохимического исследования с использованием маркера ICAM-1, позволяют расширить диагностические возможности посмертной диагностики сепсиса.

Совокупная и динамическая оценка прижизненно и посмертно выполненных микробиологических исследований с определением смены микрофлоры расширяет диагностические возможности в прозекторской практике.

Вывод. Полученные в результате исследования данные расширяют представления о патогенезе сепсиса и особенностях его развития в условиях современной терапии.

РОЛЬ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ СТОПЫ ЧЕЛОВЕКА

**Выполнила: Абдукодирова З.Б.,
студентка 4 курса педиатрического факультета 401 гр Научный
руководитель: Разаков Б.Ю. Кафедра анатомии и судебной медицины
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Актуальность изучения проблем, связанных со стопой, обусловлена высокой распространенностью ее патологии среди взрослого населения и развития синдрома возрастной стопы, который можно определить как комплекс анатомо-функциональных нарушений, развившихся с возрастом на фоне инволютивных и патологических изменений костей и суставов, периферических нервов и сосудов, кожи и мягких тканей, приводящих к нарушению основных функций стопы и ограничению передвижения.

Сложность патологических изменений во многом обусловлена анатомо-физиологическими особенностями стопы и многообразием ее функций.



Цель исследования. Изучить закономерности формы и строения стопы человека, ее функциональные особенности в зависимости от типа телосложения, пола, возраста в период постнатального формирования и установить изменения стопы под воздействием различных физических нагрузок.

Методы исследования. Использовались общенаучные методы исследования. На основе системного подхода раскрыта сущность исследуемых вопросов.

Результаты исследования. В период первого детства тендерные различия стоп не выявляются; соматотипические различия обнаруживаются. Стопа детей-нормостеников (группа контроля) характеризовалась следующими анатомическими параметрами: длиной - $193 \pm 1,7$ мм, длиной переднего — $75,5 \pm 0,7$ мм, среднего - $60,2 \pm 0,6$ мм и заднего - $57,3 \pm 0,48$ мм, шириной - $66,35 \pm 0,71$ мм, отношением длина-ширина - $2,91 \pm 0,02$, площадью опоры

99 о суммарной - $44,4 \pm 2,3$ см², ее переднего - $19,0 \pm 0,9$ см², среднего - $10,6 \pm 0,9$ см² и заднего - $12,6 \pm 0,6$ см² отделов, коэффициент К - $0,88 \pm 0,03$, угол 1 пальца - $7,4 \pm 0,53^\circ$, V пальца - $8,44 \pm 0,56^\circ$, пяточный угол - $6,64 \pm 0,73^\circ$.

По сравнению с контрольными данными, полученными у детей нормостенического типа, стопа гиперстеников имеет большую длину (на 3,4 %) и ширину (на 6,2%).

Стопы астеников характеризуются меньшими линейными параметрами (длиной на 3,5%, шириной на 5,7 %), большим пяточным углом (на 60,7%).

Независимо от типа телосложения, длина стопы с 4 до 7 лет в большей степени увеличивается за счет среднего и заднего ее отделов; площадь опорной поверхности - за счет переднего и заднего отделов; изменения индексов и коэффициента К свидетельствуют об увеличении продольного свода стопы.

Физиологические свойства рессорной- функции стопы являются прогностическими и тендерными критериями возникновения; ее патологии в периоде первого детства у детей с гиперстеническим* телосложением, в периоде второго детства - у мальчиков-астеников и в юношеском - у лиц обоего пола с гиперстеническим телосложением.

Физические воздействия- на- стопу, связанные со спортивной^ специализацией, существенным образом влияют на ее функциональное состояние: у юношей наибольшие изменения структуры и функции, стопы, находящиеся на границе нормы, отмечены у тяжелоатлетов и легкоатлетов; у девушек — легкоатлеток и гимнасток; наименьшие - у пловцов обоего пола.

Закономерности корреляционных связей определяются между соматотипом, анатомическим строением стопы и соматометрическими показателями. Без учета пола и возраста, масса тела нормостеников коррелирует со средним от суммы статистически значимых линейных, угловых и опорных параметров на уровне 0,48; гиперстеников — 0,5; астеников — 0,67. Наибольшие коэффициенты корреляции роста и окружности грудной клетки со средним значением суммарных показателей стопы также выявляются у лиц астенического типа. Наибольшие корреляционные связи между анатомическими параметрами стопы во всех возрастных периодах при сравнении корреляционных коэффициентов определяются у астеников: в периоде второго детства $r=0,75$, в подростковом возрасте — $r=0,6$ и юношеском - $1-0,4$.



Корреляционные связи опорной и рессорной функции стопы имеют однонаправленные различия, определяемые соматотипом: у нормостеников коэффициенты корреляции минимальны ($r=0,2-0,25$), у астеников имеют максимальное значение ($r=0,45-0,5$).

Нормативные показатели стопы, созданные на основе корреляционно-регрессионных моделей, определяются соматотипическими признаками организма человека: ростом, массой тела и окружностью грудной клетки.

Вывод. Анатомические предпосылки и функциональное многообразие стопы приводят к тяжелым медико-социальным последствиям при ее патологии.

Синдром возрастной стопы полиэтиологичен и развивается при нарушении кровообращения, иннервации, костно-суставной и мышечной патологии, а также при повреждении кожи и ее производных, что в конечном итоге приводит к гипомобильности и нарушению передвижения.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Выполнил: Абдуллаев Д.

**Студент 608 группы педиатрического факультета. Научный руководитель:
Юнусов Д.М. Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической
педиатрии Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных тяжелых и инвалидизирующих многофакторных заболеваний.

Установлена ассоциация полиморфного варианта rs41423247 гена NR3C1 со значительным снижением показателей функции внешнего дыхания у больных БА. Обнаружено, что у башкир маркерами повышенного риска развития БА являются генотип rs242941*C/A и гаплотип AA (rs242939, rs242941) гена CRHR1 ; у татар - генотип rs41423247*C/G гена NR3C1 .

Цель исследования. Оценка клинко-генетической значимости полиморфных вариантов генов, участвующих в метаболизме глюкокортикостероидов и β_2 -агонистов, в прогнозировании развития и течения бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы исследования. Представляемая работа основана на результатах обследования 196 детей в возрасте 4-17 лет с диагнозом «Атопическая бронхиальная астма» в период с 2022 по 2024 гг. Общеклинические методы включали сбор жалоб и анамнеза, данные объективного исследования, клинические анализы крови и мочи

Результаты исследования. Для детей, больных бронхиальной астмой, наиболее характерными клинко-аллергологическими особенностями следует считать преобладание лиц мужского пола (69,4%), кожных проявлений аллергии в анамнезе (70,4%), проживание в семьях с высокой частотой курения среди родителей (53,1%), наличие наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям (81,0%), легкое течение астмы (59,7%), высокий уровень сывороточного (73,0%), аллергического ринита (91,3%) среди сопутствующих аллергических заболеваний, а в спектре причинно-значимых аллергенов - бытовой сенсибилизации (66,8%).

Данные «Теста по контролю над астмой» коррелируют с показателями проходимости дыхательных путей (МОС25, МОС50) и суточной вариабельности пиковой скорости выдоха. По данным АСТ-теста у половины пациентов (50,0%) с бронхиальной астмой отмечается неконтролируемое течение заболевания.

Маркером повышенного риска развития бронхиальной астмы, тяжелой формы, неконтролируемого и частично-контролируемого течения заболевания со снижением параметров спирографии (ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС25, МОС50, МОС75) является аллель п41423247*С гена глюкокортикостероидного рецептора ОК

Аллель кч242941 *А полиморфного варианта п-242941 гена кортикотропин-рилизинг гормона СИНИ1 ассоциирован с необходимостью назначения высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов для эффективного контроля бронхиальной астмы.

Генотип гх1042714*С/Ст (О1п27/О1и27) полиморфного варианта Г81042714 гена (32-адренорецептора А ОН В 2 является маркером повышенного риска развития бронхиальной астмы у русских, ассоциирован с бытовой сенсibilизацией, умеренным/значительным снижением ЖЕЛ и повышенным уровнем IgE в сыворотке крови.

Генотип rs1799930*А/А гена N-ацетилтрансферазы 2 NAT2 ассоциирован с умерением/значительным снижением ЖЕЛ у больных бронхиальной астмой.

Межгенное взаимодействие полиморфных локусов генов GR (rs41423247), ADRB2 (rs1042713), NAT2 (rs1799929) и CRHR1 (rs242941) детерминирует развитие и неконтролируемое течение бронхиальной астмы у детей.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование выявило ген-генные взаимодействия между локусами GR (rs41423247), ADRB2 (rs1042713), CRHR1 (rs242941) и NAT2 (rs1799929), предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы, подтвердив полученные нами результаты анализа ассоциаций данных локусов с развитием и течением данного заболевания у детей.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОРГАНИЗУЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОНИИ ПОСЛЕ COVID-19

**Абдуллаева Камола, Худжамбердиев Мамазоир,
Усманова Дилором, Юлдашева Сарвиноза, Мухторов Саидорифхон
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.**

В связи с продолжающимся волнообразным течением COVID-19 (COronaVirusDisease 2019) в странах мира, изучение этой инфекции и исследование больных с этой инфекцией все еще остается чрезвычайно актуальной темой научных исследований. По мере того, как все больше людей заболевают и выздоравливают от COVID-19, пациенты чаще сталкиваются с длительными последствиями заболевания, особенно легочной патологии. Термин «пост-COVID-19» в рамках определения, данного Всемирной организацией здравоохранения в октябре 2021 г.: состояние, возникающее у лиц с анамнезом подтвержденной или вероятной инфекции вирусом SARSCoV-2 в течение 3 мес после дебюта заболевания, которое сохраняется в течение 2 нед и более и не может быть объяснено альтернативным



диагнозом. Одним из легочных проявлений пост-COVID-19 может быть развитие организуемой пневмонии (ОП) – варианта интерстициальной пневмонии [1]. Не смотря на интенсивное исследование клинических и эпидемиологических особенностей пневмоний, развивающихся после коронавирусной инфекции, в иммунопатогенезе данных заболеваний остаются некоторые вопросы.

Целью данного исследования явилось изучение патогенетических особенностей изменений иммунного статуса при пневмонии после COVID-19.

Материалы и методы исследования. В работе исследованы больные пневмонией различной этиологии. Выделены группы исследуемых больных пневмоний COVID этиологии и пневмонии бактериальной этиологии. 1-ю группу составили 20 больных пневмонией бактериальной этиологии средний возраст которых составил $35,7 \pm 2$ года, 2-ю группу составили 20 больных ОП COVID этиологии средний возраст которых составил $47,1 \pm 5$ года. Также контрольную группу составили 20 практически здоровых людей, сопоставимых с опытной группой по полу и возрасту.

Для определения иммунного статуса проведено определение популяций и субпопуляций лимфоцитов методом проточной цитометрии с использованием моноклональных антител.

Результаты и обсуждение исследования. В результате наших исследований иммунологического статуса у пациентов с ОП COVID этиологии отмечалось неоднозначное изменение показателей субпопуляций лимфоцитов. Так, отмечалось снижение относительного количества CD25⁺-лимфоцитов (10 (9–12) %) относительно группы сравнения (15 (10,020,0) %). Что касается лимфоцитов, несущих на своей поверхности CD95⁺-рецепторы апоптоза, то их количество, как относительное (10 (7,5–12,5) %), так и абсолютное (0,37 (0,31–0,67) 10⁹/л) у пациентов с ОП COVID этиологии не изменялось (в группе сравнения – 11,0 (9,0–17,0) % и 0,34 (0,24–0,42) 10⁹/л соответственно). В связи с этим полученные нами данные корреляционного анализа, демонстрирующие наличие положительных корреляционных связей между количеством CD25⁺-лимфоцитов и количеством основных субпопуляций лимфоцитов (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD20⁺) как у пациентов с ОП COVID этиологии, так и у пациентов с пневмонией бактериальной этиологии, так и в группе контроля.

Заключение.

Из полученных после исследования данных установлено, что во многих отношениях иммунный ответ на SARS-CoV-2 отличаются от того, как это происходит при других коронавирусных инфекциях. Так, количество CD25⁺ Т-клеток, CD4⁺ Т-клеток, CD8⁺ Т-клеток значительно ниже у пациентов с ОП COVID этиологии, чем у пациентов других групп, что позволяет заключить, что у больных с пневмонией после COVID-19 наблюдается выраженная иммуносупрессия.



ФАКТОРЫ СНИЖАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

**Абдуллаева Хилола-лечебный факультет 439 групповое поле Научный
руководитель: Кучкарова м.Ф. доцент кафедры фтизиатрии и пульманологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Рост распространенности ВИЧ-инфекции во многих странах мира становится серьезной проблемой и осложняет борьбу с туберкулезом.

Цель: оценить эффективность стандартных режимов антибактериальной терапии больных туберкулезом легких с сочетанной ВИЧ - инфекцией.

Материалы и методы. Нами обследован 41 больной туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ —инфекцией, пролечившихся в терапевтических отделениях областного противотуберкулезного диспансера.

Результаты. Мужчин было - 35 (85,4%), женщин - 6 (14,6%). Причем у заболевших мужчин выявлено злоупотребляли алкоголем — 24,4%, курили - 68,3%, 14,6% были освобождены из заключения.

У 12 (29,3%) больных наблюдался орофарингеальный кандидоз, у 15 (36, 6%) – лимфоаденопатия и у 12 (29,3%) больных ВИЧ - кахексия.

Из клинических форм туберкулеза преобладали инфильтративный туберкулез — у 17 (41,5%), диссеминированный - у 12 (29,3%), фиброзно – кавернозный (это лица, находящихся на противотуберкулезном учете) - у 5 (12,2%), очаговый - у 4 (9,8%)- это лица, у которых вместе с ВИЧ статусом одновременно выявлен туберкулез. Кавернозный и экссудативный плеврит - по одному больному. Бактериовыделение методом бактериоскопии выявлено — у 12 (29,3%) больных, GeneXpert Rif - у 6 (14,6%) больных, у 1 из них выявлена множественная лекарственная устойчивость .

Рентгенологическая картина больных выглядела таким образом: односторонний процесс у 19 (46,3%) больных, двухсторонний процесс отмечался у 22 (53,7%) больных. С поражением 1 доли легкого - 10 (24,4%) больных, 2 долей - 8 (19,5%) больных, 3 долей - 17 (41,5%) больных. В анализах крови анемия выявлена у 20 больных, лейкоцитоз - у 14 больных, увеличение СОЭ у 36 больных. У 12 пациентов с диссеминированным туберкулезом CD- 4 лимфоциты были ниже 200. Все больные получали стандартную химиотерапию основными противотуберкулезными препаратами, одному пациенту начата химиотерапия лекарственно устойчивого туберкулеза по рекомендациям ВОЗ. В комплексное лечение также была включена патогенетическая и симптоматическая терапия. Нарушение режима химиотерапии было отмечено у 5 (9,8%) больных, что сокращало сроки их пребывания в стационаре.

Эффективность лечения оценивалась по прекращению бактериовыделения и закрытию полостей распада.

Абацилирование методом бактериоскопии через 3-4 месяца от начала антибактериальной терапии наступило у 6 (14,6%) больных. Положительная динамика лечения отмечена у 21 (51,2%) больного, без динамики - у 3 (7,3%),

незначительное улучшение — у 6 (14,6%) больных. Прогрессирование процесса выявлено — у 2 (4 9%) летальный исход - у 9 (22%) больных.

Вывод. Стандартный режим антибактериальной терапии в лечении туберкулеза легких у ВИЧ инфицированных больных недостаточно эффективен что связано с выраженным иммунодефицитным состоянием у больных ВИЧ - инфекцией развитием других оппортунистических заболеваний и частым нарушением режима среди данной категории больных.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

**Абдуллаева Хилола-лечебный факультет 439 групповое поле Научный
руководитель: Кучкарова м.Ф. доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Диагностика нефротуберкулеза у пожилых представляет большие трудности, тем более, что в последние годы отмечается рост заболевания нефротуберкулезом в данной группе

Цель исследования: изучение информативность различных методов диагностики, особенности клинического течения у пациентов с сопутствующими заболеваниями.

Материалы и методы исследования. При изучении методов выявления у пациентов пожилого возраста нефротуберкулеза, установлено, что больные выявлены в поликлинике после длительного наблюдения у уролога. Причем у 90% пациентов длительность наблюдения урологом в поликлиники составила от 3 до 5 лет, отсутствие положительной динамики в течение заболевания, ухудшение анализов мочи, позволили заподозрить туберкулезную этиологию и при проведении компьютерной томографии, данные пациенты были направлены на обследование в областной противотуберкулезный диспансер. Больные, поступившие в клинику, подвергнуты комплексному обследованию: клинически и с помощью лабораторных, бактериологических, биохимических, рентгенологических, ультразвуковых исследований.

Полученные результаты. Совершенствование методов диагностики нефротуберкулеза, позволило в последние годы выявлять данную клиническую форму у лиц пожилого возраста. Так в 2019 году из поступивших больных в урологическое отделение всего у 4 из 87, микобактерии выявлены бактериоскопически, при исследовании мочи методом ПЦР (GeneXpert Rif) позволило еще у 16 (18,4%) выявить микобактерии. Причем у 4 пациентов (состоящих на противотуберкулезном учете от 3 до 5 лет) установлена множественная лекарственная устойчивость. Кроме того при проведении сопоставления результатов пробы Манту положительный результат был всего у 29 пациентов, 58 пациентам с отрицательным результатом пробы Манту проведен Диаскин тест - у 34 (58,6%) дали положительный результат. Трудности дифференциальной диагностики нефротуберкулеза у 5 пациентов, вынудили направить их в клинику РСНПМЦФиП в Ташкент. Где проведенные дополнительные исследования выявили нефротуберкулез , причем у 2 пациентов выявлена лекарственно устойчивый туберкулез.

У 50 пациентов пожилого возраста с установленным нефротуберкулезом выявлены сопутствующие заболевания такие как: сахарный диабет, хронический гепатит, гипертоническая болезнь, алкоголизм, злоупотребление алкоголем, курение. Данные заболевания усугубляли течение нефротуберкулеза.

Вывод. У пожилых людей пожилого возраста для выявления нефротуберкулеза, кроме традиционных методов исследования необходимо использовать Диаскинтест и метод ПЦР (GeneXpert Rif), что кроме этиологии позволяет выявить лекарственную устойчивость, что позволит назначить адекватную терапию.

ВЛИЯНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПУТИ ОТТОКА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

Выполнил: Абдурахмонова Г.М, магист 1 курса кафедры госпитальной педиатрии. Научный руководитель: Умурзакова Р.З., доцент. Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Тетрада Фалло (ТОФ) - распространенный цианотический врожденный порок сердца, который сопряжен с высоким риском шунтирования справа налево. Анемия характеризуется снижением уровня гемоглобина (Hb), что может повлиять на доставку кислорода тканям и повлиять на послеоперационное восстановление пациентов.

Хроническая гипоксия, вызванная шунтированием ТОФ справа налево, может привести к компенсаторному повышению уровня Hb для поддержания системного кислородного баланса. Цель данного исследования - выяснить, могут ли предоперационные уровни Hb и насыщение крови кислородом (SpO₂) предсказывать неблагоприятные исходы у детей, перенесших коррекционные операции по поводу ТОФ.

Цель исследования. Определить особенности течения госпитального периода у детей после радикальной коррекции тетрады Фалло и гемодинамической коррекции врожденных пороков сердца по методу Фонтена; выявить специфические осложнения; представить тактику и результаты лечения.

Материалы и методы исследования. Неблагоприятные исходы, включая смерть в больнице, имплантацию экстракорпоральной мембранной оксигенации, пребывание в отделении интенсивной терапии > 30 дней и тяжелые осложнения, рассматривались в качестве первичного исхода.

Для выявления независимых факторов риска неблагоприятных исходов были проведены однофакторный и многовариантный логистический анализ. Также был проведен анализ по шкале склонности (PSM), чтобы свести к минимуму мешающие факторы.

Результаты исследования. Всего в исследование были включены 596 детей, из которых у 64 (10,7%) были неблагоприятные исходы. Hb*SpO₂ < aaHb был идентифицирован как независимый фактор риска неблагоприятных исходов (OR =

2,241, 95% ДИ = 1,276–3,934, $P = 0,005$) после однофакторного и многофакторного логистического анализа.

Анализ PSM дополнительно подтвердил связь между $Hb * SpO_2 < aaHb$ и неблагоприятными исходами. У пациентов с $Hb * SpO_2 < aaHb$ отмечалась значительно более высокая частота послеоперационных неблагоприятных исходов, более длительное время искусственной вентиляции легких и пребывания в стационаре, а также более высокие расходы на стационарное лечение.

Вывод. При длительном существовании явлений НК после выполнения РКТФ и ОФ проведенная работа позволит индивидуально подобрать комплексную медикаментозную терапию и в случае резистентности к медикаментозной терапии наблюдаемых гемодинамических нарушений, определить сроки и объем выполнения необходимых повторных хирургических и эндоваскулярных вмешательств, которые могут оказать положительное влияние на ближайшие и отдаленные результаты операции.

СУЩНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

**Выполнил: Абдурахмонова Г.М., магистр 1 курса кафедры госпитальной педиатрии. Научный руководитель: Умурзакова Р.З., доцент. Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Успехи современной кардиохирургии позволяют проводить все более сложные реконструктивные операции при врожденных пороках сердца (ВПС). Задачей кардиохирургии является своевременное прекращение негативного воздействия порока на организм и достижение оптимального качества жизни пациента после операции.

В зависимости от тактики хирургического лечения все ВПС можно разделить на три группы: 1 группа - ВПС, при которых возможно выполнение первичной радикальной (или двухжелудочковой) коррекции; 2 группа - радикальная операция возможна только после предшествующей паллиативной процедуры; 3 группа - выполнение радикальной коррекции невозможно, показана гемодинамическая (или одножелудочковая) коррекция, в связи с анатомической сложностью ВПС.

Цель исследования. Определить особенности течения госпитального периода у детей после радикальной коррекции тетрады Фалло и гемодинамической коррекции врожденных пороков сердца по методу Фонтена; выявить специфические осложнения; представить тактику и результаты лечения.

Материалы и методы исследования. В основе работы лежит материал исследования 60 детей с ТФ, которым за период с 2023 по 2024 год выполнена первичная РКТФ с ТАП ВОПЖ и ствола ЛА в условиях шпотермического искусственного кровообращения. Возраст пациентов на момент операции варьировал от 6 до 28 месяцев.

Все пациенты, согласно поставленным задач, разделены на две группы. 1 Пациенты с послеоперационным ОСГ между ПЖ и ЛА 21-44 мм ртст (30 пациентов)



и 2 Пациенты с послеоперационным ОСТ между ПЖ и ЛА 0-10 мм рт ст (30 пациентов)

Результаты исследования. . У больных после радикальной коррекции тетрады Фалло и гемодинамической коррекции сложных врожденных пороков сердца выявлены четыре варианта течения госпитального послеоперационного периода.

Длительность и степень выраженности явлений НК на госпитальном этапе после выполнения РКТФ и ОФ достоверно зависит от: а) степени исходной артериальной гипоксемии; б) длительности проведенного ИК, (что связано с анатомической тяжестью порока); в) продолжительности ИВЛ (которая связана с развитием осложнений на раннем этапе послеоперационного периода); в) наличия сопутствующих осложнений на госпитальном этапе после операции.

Длительность и степень выраженности НК на госпитальном этапе после гемодинамической коррекции по методу Фонтена достоверно увеличиваются при наличии двух и более факторов риска при выполнении операции Фонтена, но не зависят от вида ВПС и модификации операции.

Удлинение сроков существования НК на госпитальном этапе наблюдалось у 27.6 % больных после радикальной коррекции тетрады Фалло и у 49.9% больных после гемодинамической коррекции врожденных пороков сердца по методу Фонтена; наиболее длительно отмечаются симптомы НК на фоне таких осложнений, как гнойный медиастинит, ИЭ и сепсис.

Использование гипохлорита натрия при лечении гнойно-септических осложнений после радикальной коррекции тетрады Фалло и гемодинамической коррекции врожденных пороков по методу Фонтена позволяло достичь клинического эффекта и сохранить хороший гемодинамический результат.

Полный клинический эффект лечения НК после ОФ был достигнут на фоне медикаментозной терапии (±пассивное дренирование плевральных и перикардальной полостей) в 96% случаев; в 2 % наблюдений для адекватной коррекции потребовалось проведение эндоваскулярных процедур и в 2% случаев - полного клинического эффекта достигнуть не удалось.

Полный клинический эффект лечения НК после РКТФ был достигнут на фоне медикаментозной терапии (±пассивное дренирование плевральных и перикардальной полостей) в 99.3 %; у 3 пациентов, для получения хорошего гемодинамического эффекта, потребовалось выполнение реоперации.

Степень интенсивности воспалительного ответа следует оценивать на основании комплексного исследования белков острой фазы воспаления и активности нейтрофилов с учетом индивидуальных значений; наиболее информативным и доступным показателем для оценки риска развития ц тяжести течения инфекционных осложнений является динамика СРБ-теста.

Вывод. Полученные результаты исследования, представленные в работе позволили провести комплексную оценку состояния пациентов на госпитальном этапе после РКТФ и ОФ, с учетом индивидуальных особенностей.

Рекомендованный подход к оценке вариантов течения госпитального периода после выполнения РКТФ и ОФ позволит предвидеть возможность развития осложнений на этом этапе послеоперационного периода, провести своевременную

профилактику. В случае развития осложнений данная работа поможет своевременно диагностировать осложнения и выбрать оптимальную тактику лечения.

При длительном существовании явлений НК после выполнения РКТФ и ОФ проведенная работа позволит индивидуально подобрать комплексную медикаментозную терапию и в случае резистентности к медикаментозной терапии наблюдаемых гемодинамических нарушений, определить сроки и объем выполнения необходимых повторных хирургических и эндоваскулярных вмешательств, которые могут оказать положительное влияние на ближайшие и отдаленные результаты операции.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРЕПАРАТАМИ, КОРРИГИРУЮЩИМИ ЭРИТРОПОЭЗ

**Выполнила: Абдусаломова Н, студентка 624 группы лечебного
факультета. Научный руководитель: Абдувахопова Н.Р. Кафедра госпитальной
терапии и эндокринологии Андижанский государственный медицинский
институт**

Актуальность. Причиной анемии может быть один из трех факторов или их сочетание: кровопотеря, недостаточное образование эритроцитов или усиленная их деструкция. Среди анемий ведущими являются железодефицитные, составляя в структуре у женщин до 90 % и среди мужчин – до 80 %.

Важным является высокая распространенность среди населения латентного дефицита железа, которая колеблется от 19, 5 % до 30 %, кроме того, от 50 % до 86 % женщин имеют факторы риска развития анемии

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось определение уровня эндогенного ЭПО в сыворотке крови и клинико-лабораторная оценка эффективности препарата РЭПО (эпокрин) при ЖДА и сравнение результатов этого лечения с терапией одними препаратами железа.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 50 больных в возрасте от 16-55 лет, страдающих железодефицитной анемией.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют, что лечение же-лезодефицитной анемии солями железа в комбинации с другими препаратами или использование парентеральных препаратов железа не имеет преимуществ перед терапией одним препаратом железа для приема внутрь. Показана целесообразность поддерживающего лечения препаратами железа после нормализации гемоглобина в течение трех месяцев.

Скорость прироста гематологических показателей и продолжительность лечения не отличаются в группах больных получавших, кроме лактата железа, комбинацию железа с рядом витаминов группы В, фолиевой кислотой и сульфатом меди.

У беременных женщин с железодефицитной анемией витаминные препараты, фолиевая кислота и медь не усиливают действия солей железа. Скорость прироста гематологических показателей не зависит от пути введения железа — внутрь или в виде инъекций.



После нормализации гемоглобина дальнейшая терапия препаратами железа в малых дозах делает более стойким результат лечения. Целесообразно проводить поддерживающее лечение препаратами железа в течение трех месяце* непрерывно, а затем по одной неделе каждого месяца после окончания менструации на протяжении не менее полугода

На запасы железа в организме не влияет путь введения железа — пероральный или парентеральный. Уровень сывороточного ферритина находится в прямой зависимости от интенсивности менструальных кровопотерь, продолжительности лечения и поддерживающей терапии.

Вывод. Препараты железа для внутреннего применения приводят к такой же нормализации гематологических показателей, как и препараты железа для инъекций. Парентеральные препараты железа в 1—2% случаев вызывают тяжелые аллергические реакции и в 5—6% наблюдаются абсцессы в месте инъекций.

Лечение железodefицитной анемии повышенной дозой лактата железа приведет к быстрой нормализации гемоглобина, эритроцитов и железа сыворотки крови. Побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта отмечены у 20% больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ЭНДОГЕННОГО ГЕНЕЗА И ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

**Аграновский К.М., Зав/отдел Взрослой поликлиники АОПНД. Научные
руководители: Аграновский М.Л., Маликова А.Э. Кафедра психиатрии,
наркологии, медицинской психологии и с курсом психотерапии Андижанский
государственный медицинский институт**

Актуальность. Под эндогенными депрессиями понимают аутохтонные эндогенные психические расстройства в виде состояний патологически сниженного аффекта с манифестацией в юношеском возрасте, т.е. между 16 и 21 годом, длительностью свыше 2 недель, приводящие часто к выраженной социальной и учебной дезадаптации, обладающие рядом интернозологических особенностей и характеризующиеся различными исходами в зависимости от нозологической принадлежности.

В статье используются клиническая беседа, наблюдение и психологические тесты для диагностики эндогенных тревожных депрессий, основным методом лечения является фармакотерапия, дополнительно проводится психотерапевтический тренинг, используются биологические методы терапии и т.д.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение особенностей психопатологической структуры тревожных депрессий эндогенного генеза и разработка оптимальных схем лечения различных групп тревожных эндогенных депрессий.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной задачи мы отобрали 80 пациентов, обратившихся в АВПНД с тревожной депрессией, для обследования с целью изучения их клинической типологии.

Результаты исследования. Клиническая картина тревожной депрессии, дополненная комплексом фобических симптомов, наблюдалась у 40,90% пациентов. Для них характерно чувство страха, как различных ситуаций, так и способности быть спонтанными везде, необходимость избегать многих ситуаций., чувство дискомфорта среди людей, чувство страха. потеря сознания, чувство неуверенности в себе и своих действиях, страх перед опухолью, смертью в результате сердечного приступа, страх не иметь возможности получить своевременную медицинскую помощь.

В обеих группах, отобранных для обследования, анализ клинических и психопатологических характеристик пациентов с эндогенной депрессией оценивался не только на основе оценки жалоб и состояния пациентов, но и был дополнен шкалой "опросник тяжести психопатологических симптомов" (symptom checklist-90-revised-SSL-90-P) [17]. Шкала SSL-90-R - это инструмент для определения текущего, существующего на данный момент психопатологического симптоматического состояния, который позволяет определить тяжесть основных клинических и психопатологических симптомов

В ходе нашего исследования было установлено, что у пациентов основной группы ведущий депрессивный симптомокомплекс (уровень депрессии составляет 1,60 балла) часто сочетается с тревогой, обсессивно-компульсивными симптомокомплексами, высокой степенью осложненности, межличностной чувствительностью. Эти пациенты имели высокий уровень тревожности и набрали 1,67 балла. Симптомы Анксите клинически проявлялись в высоком уровне раздражительности, беспокойства, напряженности, а также приступах паники, чувстве опасности, страха и боязни за свое состояние и состояние близких, за настоящее и за будущее.

Обсессивно-компульсивные симптомы с интенсивностью 1,47 балла отличались своими возможностями, принятием решений, наличием мыслей и переживаний негативного спектра по отношению к уверенности в себе. Эти переживания воспринимались пациентами как постоянные и непреодолимые.

Среди психопатологических симптомов у пациентов основной обследуемой группы симптомы соматизации характеризуются высокими показателями (1,39 балла). Клиническая картина показывает жалобы со стороны сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и других систем, боли во внутренних органах и мышечный дискомфорт.

У этих пациентов индекс межличностной чувствительности также значительно увеличился и составил 1,38 балла, что указывает на то, что у пациентов возникает чувство личной неадекватности и неполноценности, особенно при сравнении себя с другими. Клиническая картина межличностной чувствительности характеризовалась наличием самоосуждения, чувством тревоги и значительного дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия. Кроме того, для этих пациентов характерно острое чувство самосознания и негативное ожидание межличностного взаимодействия и любого общения с другими пациентами.

У наших обследованных пациентов мы наблюдали, что существует три варианта эндогенных депрессий, которые являются важным компонентом состояния тревожной депрессии: тревожно-меланхолическая, тревожно-ипохондрическая, тревожно-адиамическая.



Роль тревожной депрессии у наших пациентов этой группы проявлялась в ее неопределенности при различных вариантах эндогенной тревожной депрессии: чаще всего она проявляется в тревожно-ипохондрической депрессии и реже всего в тревожно-адинамической депрессии.

Каждый клинический вариант эндогенных анксиолитических депрессий имеет свои особенности уменьшения симптомов во время терапии антидепрессантами. При анксио-меланхолической депрессии проявление тревоги уменьшается в первую очередь, в то время как гипотимия и чувство вины сохраняются дольше всего.

При анксио-ипохондрической депрессии наблюдается равномерное уменьшение симптомов, в числе первых также уменьшается тревога, а при ипохондрической фиксации на них дольше всего длятся соматические ощущения. При анксио-адинамической депрессии нарушения работоспособности и активности и суточные колебания длятся дольше всего.

При проведении терапии эндогенных анксиолитических депрессий необходимо учитывать их синдромные особенности.

При отсутствии противопоказаний терапия амитриптилином дает более быстрый результат при тревожно-меланхолическом варианте депрессии.

При лечении анксио-адинамической депрессии амитриптилином и миртазапином эффективность с точки зрения степени и степени уменьшения симптомов статистически не различается. Однако люди с более узким спектром побочных эффектов предпочитают выбирать миртазапин при этом варианте эндогенной тревожной депрессии.

При анксио-ипохондрическом варианте наилучший результат с точки зрения уменьшения и степени выраженности симптомов депрессии был получен при терапии миртазапином, который, учитывая его лучшую переносимость пациентами, предпочитает использовать миртазапин при этом варианте депрессии.

Вывод. В результате анализа полученных данных было установлено, что у больных с тревожной депрессией общий уровень тревоги составил 44,13 баллов. При этом у больных данной категории преобладал аффективный компонент тревоги, который составил

12,00 баллов. Также у пациентов основной группы был высоким и соматический компонент тревоги (32,13 баллов).

Полученные данные объективизируют жалобы больных и подтверждают наличие и выраженность аффективного и соматического компонентов тревоги.

МЕТОДЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ОСНОВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, НАБЛЮДАЕМЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Рахимов А.А.

**Научные руководители: Аграновский М.Л., Усманова М.Б. Кафедра психиатрии,
наркологии, медицинской психологии и с курсом психотерапии
Андижанский государственный медицинский институт**

Повышенное кровяное давление (ПАД) является распространенным сердечно-сосудистым заболеванием среди работающего населения, вызывающим самый высокий процент смертей и инвалидности.

Даже в западноевропейских странах, на фоне применения современной антигипертензивной терапии, достижение целевого уровня артериального давления (АД) не превышает 35%. Скорее всего, это связано с мозаичностью патогенеза АГ и неверной оценкой важности различных механизмов регуляции и повышения артериального давления.

Актуальность. Распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди населения, частое развитие осложнений, приводящих к высокой заболеваемости и смертности пациентов, определяют актуальность поиска новых методов диагностики и терапии [2,5]. Чтобы избежать снижения трудоспособности и качества жизни этой категории пациентов, также необходимо учитывать особенности их психического состояния [4].

В контексте психологического стресса, лежащего в основе этих заболеваний, более выраженная и длительная гипертензивная реакция выявляется у пациентов с различными психопатологическими изменениями. Среди этих состояний ведущее место занимают пограничные психические расстройства, такие как тревожный, обсессивно-фобический, неврастенический, ипохондрический, депрессивный и истерический синдромы или невротические и неврозоподобные расстройства, выраженные их сочетанием [3,9].

Эпидемиологические исследования последних десятилетий показывают высокую распространенность эмоциональных расстройств среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [1,8]. Гемодинамическое воздействие артериального давления (АД) на сосудистую стенку при тревоге и депрессии в сочетании с нарушением функции эндотелия [4,7] приводит к реконструкции сердечно-сосудистой системы, включая микроциркуляторное русло [5].

В связи с этим депрессивные и тревожные расстройства рассматриваются как независимые факторы риска развития ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии (АГ) и занимают третье место среди определенных факторов [3,6]. Однако функциональные взаимосвязи жесткости сосудистой стенки и психоэмоционального состояния у пациентов с артериальной гипертензией с нарушениями работы головного мозга изучены недостаточно [7].

Цель исследования. Цель. исследования-раннее выявление и методы коррекции основных психических расстройств, наблюдаемых у пациентов с высоким кровяным давлением.



Материалы и методы исследования. Обследовали 97 больных АГ II стадии, находившихся на диспансерном учете у врача общей практики. Изучали неврологический статус больных, выраженность тревожно-депрессивных расстройств по шкале HADS, тяжесть церебральных нарушений и определяли комплекс гемодинамических показателей.

Результаты исследования. У больных 1-й группы уровень АД составил $138,2 \pm 2,2/85,2 \pm 1,4$ мм рт.ст.; ОТ у мужчин — $102,2 \pm 1,6$ см, ОТ у женщин — $107,7 \pm 1,9$ см; избыточная масса тела и ожирение (ИМТ — $30,5 \pm 0,5$ кг/м²) выявлялись у 61 (91%) больного, гиперхолестеринемия (уровень общего холестерина в плазме крови натошак — $6,5 \pm 0,3$ ммоль/л) — у 14 (20,9%), сахарный диабет (СД) и нарушенная толерантность к глюкозе (уровень глюкозы в плазме крови натошак $6,7 \pm 0,1$ ммоль/л) — у 6 (8,9%), избыточное употребление поваренной соли с пищей — у 10 (14,9%), курение — у 15 (22,8%), злоупотребление алкоголем — у 13 (19,4%). Уровень тревоги составил $4,6 \pm 0,2$ балла; депрессии — $3,8 \pm 0,2$ балла.

Отсутствовали церебральные нарушения у 8 (11,9%) больных, начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) регистрировались у 15 (22,4%), дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) I стадии — у 25 (37,3%), ДЭ II стадии — у 19 (28,3%).

При оценке клинических признаков церебральных расстройств головокружение выявлялось у 29 (43,3%) больных, головная боль — у 50 (74,6%), шум и звон в ушах — у 41 (61,2%), снижение памяти и внимания — у 44 (65,6%), нарушение сна — у 42 (62,7%), повышенная утомляемость — у 33 (49,2%).

Причем их частота нарастала с увеличением степени церебральных нарушений. Так, если при НПНКМ головокружение имелось у 5 (33,3%) больных, то при ДЭ I стадии — у 9 (36%), при ДЭ II стадии — у 15 (78,9%), шум и звон в ушах — соответственно у 7 (46,6%), 18 (72%), 16 (84,2%); снижение памяти и внимания — соответственно у 8 (53,3%), 17 (68%), 19 (100%); нарушение сна — соответственно у 7 (46,6%), 16 (64%), 19 (100%); повышенная утомляемость — соответственно у 5 (33,3%), 13 (52%), 1 (78,9%).

При оценке неврологического статуса нарушения при выполнении координационных проб (пробы Ромберга и пальценосовая) отмечались у 44 (65,7%) больных. При проведении контурного анализа пульсовой волны отмечалось увеличение RI ($40,8 \pm 2,1\%$), что свидетельствовало о повышении тонуса мелких резистивных артерий, уровень SI составил $7,9 \pm 0,1$ м/с, Alp 75 — $11,8 \pm 2,1\%$, VA — $51,6 \pm 2,1$ года. При проведении окклюзионной пробы ИОА — $1,8 \pm 0,1\%$, СФ — $6,5 \pm 0,9$ мс, что указывало на наличие эндотелиальной дисфункции.

При проведении контурного анализа пульсовой волны у больных этой группы (по сравнению с 1-й и 2-й группами) отмечалось не только увеличение RI ($50,9 \pm 7,3\%$), но и превышение сосудистого возраста над паспортным (VA — $67,5 \pm 4,3$ года), что свидетельствовало о значительном повышении жесткости сосудистой стенки; SI — $7,9 \pm 0,2$ м/с, Alp 75 — $23,1 \pm 3,4\%$. При проведении окклюзионной пробы регистрировалось снижение ИОА ($1,7 \pm 0,2\%$) и СФ ($-2,4 \pm 0,5$ мс; $p < 0,001$).

По отношению к 1-й группе), что указывало на значительную дисфункцию эндотелия. При проведении корреляционного анализа имела статистически значимая высокая корреляционная связь между VA и депрессией $r = 0,8$ ($p < 0,001$).



Вывод. Таким образом, наличие множественных модифицируемых факторов риска, нарастание церебральных и гемодинамических нарушений у больных АГ сопровождаются выраженными тревожно-депрессивными расстройствами, что необходимо учитывать врачу первичного звена при диспансерном наблюдении и проведении лечебно-профилактических мероприятий.

ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Махмудова Х.Х.

Научные руководители: Аграновский М.Л., Мирзаев А.А. Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и с курсом психотерапии Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Обоснование: теоретические аспекты проблемы негативных расстройств при эндогенно-процессуальной патологии - актуальная исследовательская задача. Если дефект при прогрессивной шизофрении изучен в значительной степени, то структура дефицитарных нарушений при заболеваниях шизофренического спектра нуждается в дальнейшем исследовании.

Доля негативных расстройств при всех основных типах течения шизофрении (шубообразная, рекуррентная, непрерывная, исключая параноидную) составляет 29—40% [4].

Проблема негативных расстройств при шизофрении и заболеваний шизофренических спектрах является недостаточно изученной.

Цель исследования. Провести концептуальный анализ негативных расстройств при шизофрении и заболеваниях шизофренических спектрах.

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что такое распределение не случайно, но подчиняется дихотомии базисной симптоматики «общих синдромов». Хотя в соответствии с психометрической оценкой в структуре каждого из рассматриваемых общих синдромов представлены как волевой дефект — абулия/абулия с феноменом зависимости, так и дефект эмоциональный, т. е. обе составляющие, отражающие дихотомическую структуру шизофренического дефекта, распределение этих паттернов негативных расстройств в клиническом пространстве общих синдромов неравномерно.

Анализ имеющейся в нашем распоряжении казуистики позволяет (как уже указывалось выше) предполагать, что ранжирование психопатоподобных расстройств в соответствии с дихотомией базисного дефекта возможно (и осуществимо) не только в пределах одного, отдельно взятого кластера РЛ, но приобретает более универсальный характер и справедливо для распределения всех психопатоподобных расстройств независимо от кластера РЛ, к которому они принадлежат.

Общая структура дефицитарных изменений по типу волевого дефекта, экстраполируемая на все представляющие ее синдромы дефензивного полюса, характеризуется грубым снижением психофизической выносливости (при перекрывании волевых расстройств с астенической симптоматикой) и/или волевой



регуляции психической деятельности (апатия-абулия по SANS — $4,3 \pm 0,7$ балла; волевые нарушения по PANSS — $5,1 \pm 0,3$ балла; астения по MFI-20 — $77 \pm 15,3$ балла), с нарастанием пассивности, ведомости и нерешительности, присоединением черт астенического аутизма и зависимости от узкого круга значимых других (снижение коммуникабельности по PANSS — $3,5 \pm 0,5$ балла; отсутствие близких друзей по SPQ-A — $5,6 \pm 0,4$ балла; отношения с коллегами и близкими по SANS — $3,2 \pm 0,2$ балла; избыточная социальная тревожность по SPQ-A — $6,2 \pm 1,3$ балла; пассивная социальная самоизоляция по PANSS — $5,2 \pm 0,4$ балла; межперсональная тревожность по SCL-90-R — $1,5 \pm 0,3$ балла; $p \leq 0,01$). Эмоциональные расстройства в этой группе выражены в незначительной степени и отражают обеднение общего уровня социальной активности (связанное в первую очередь с астенической симптоматикой, резко заостренными рефлексивными механизмами, а также склонностью пациентов к формированию сенситивных идей отношения) и сужение диапазона эмоциональных привязанностей до границ симбиотических связей с родственниками или супругами (ангедония-асоциальность по SANS — $3,0 \pm 0,2$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A — $3,7 \pm 0,4$ балла).

Единая для всех «общих синдромов» экспансивного полюса (с картиной дефекта эмоционального типа) структура дефицитарных изменений на статистически значимой основе отличается (в противовес дефицитарным расстройствам волевого типа) сохранением общего психофизического напора, при котором явления редукции энергетического потенциала проявляются не снижением уровня психической энергии, а его искажением в виде хаотичной, утратившей целенаправленность и волевой контроль деятельности.

Это особенно очевидно при сопоставлении характеристик трудового статуса пациентов с показателями шкал апатоабулических изменений (апатия-абулия по — SANS — $3,6 \pm 0,3$ балла; волевые нарушения по PANSS — $2,7 \pm 1,2$ балла; астения по MFI-20 — $25 \pm 11,2$ балла).

На первый план общих для всей группы негативных расстройств эмоционального типа вступают выраженные изменения собственно эмоциональности (ангедония-асоциальность по SANS — $4,3 \pm 0,2$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A — $6,8 \pm 0,4$ балла), проявляющиеся грубым ее обеднением с формированием черт регрессивной синтонности, утратой способности к эмпатии и формированию глубоких эмоциональных привязанностей, патологическим заострением черт рационализма, эгоцентричности и прагматизма (отсутствие близких друзей по SPQ-A — $8,3 \pm 0,4$ балла; снижение коммуникабельности по PANSS — $5,1 \pm 1,2$ балла; отношения с коллегами и близкими по SANS — $4,5 \pm 0,3$ балла; эксцентричное поведение по SPQ-A — $5,7 \pm 1,8$ балла; избыточная социальная тревожность (SPQ-A) — $0,9 \pm 0,2$ балла; межперсональная тревожность по SCL-90 — $0,2 \pm 0,5$ балла; враждебность по SCL-90 — $1,9 \pm 0,3$ балла).

Установлено, что психопатологические проявления дефекта при расстройствах шизофренического спектра представлены дефицитарными симптомокомплексами психопатического регистра (психопатоподобные нарушения), носят ограниченный (циркумскриптный) характер, имеют моносиндромальную структуру, обнаруживаются уже на уровне продромальных расстройств и связаны с преморбидными патохарактерологическими дименсиями.

Определена траектория негативных расстройств при расстройствах шизофренического спектра, характеризующихся ограниченной прогрессивностью, - завершающихся на продромальном этапе либо продромальным, либо фазным течением.

Также обсуждаются аспекты психофармакотерапии негативных расстройств препаратами современных генераций.

Вывод. Таким образом, психопатоподобные симптомокомплексы, выступающие в пространстве «общих синдромов», могут быть квалифицированы в качестве вторичных по отношению к базисным дефицитарным расстройствам.

Соответственно выделение психопатоподобного дефекта как синдромальной (рядоположенной другим) формы негативных расстройств, по данным наших исследований, представляется неправомерным.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЦЕЛИАКИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Адхамов Ш, студент 4 курса, Научный руководитель: Арзибекова У.А. Факультет
кафедры педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Введение. В последние годы в отечественной педиатрии значительно повысился интерес к целиакии, что положительно отразилось на судьбе больных, страдающих этим заболеванием. Однако, в то же стоящее время отмечается тенденция к гипердиагностике целиакии.

Для практического здравоохранения является актуальной проблема неинвазивного наблюдения за строгостью соблюдения аглиадиновой диеты у больных с целиакией в периоде ремиссии.

Эти определения не противоречат друг другу, однако в последнем подчеркивается системный (полиорганный) характер аутоиммунного процесса при целиакии и необходимость комплексного подхода к ее диагностике.

Цель исследования. Установить особенности течения целиакии у детей при длительной патогенетической терапии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 88 детей больных целиакией, находившихся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении МПДБ г. Андижана.

Результаты исследования. К особенностям клинических проявлений целиакии относятся: одинаковая частота встречаемости типичной и атипичной формы, отсутствие различий в заболеваемости между мальчиками и девочками, высокая частота развития дефицитных состояний (задержка физического развития (63%), анемия (67%), задержка полового развития (28%), снижение минеральной плотности костной ткани (25%)) и ассоциированных заболеваний (тиреопатии (17%)), более ранняя манифестация энтерального синдрома и сочетанное поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Для типичной целиакии свойственна максимальная концентрация тканеспецифических антител класса G и выраженные морфологические нарушения цитоархитектоники слизистой оболочки тонкого кишечника в виде гиперрегенераторной атрофии.



Пробанды с целиакией и родственники первой степени родства характеризуются односторонними изменениями со стороны гуморального звена иммунитета (гипергаммаглобулинемия, тканеспецифическое антителоносительство), цитокинового статуса — в виде повышение уровня про-(ФНО-а, ИЛ-1 β) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-1 α , ИНФ- γ) цитокинов, которые определяют тип Ц, развитие осложнений и характер ответа на патогенетическую терапию.

Вывод. Проведенное исследование выявило возможность использования уровня антиглиадиновых антител для дифференциальной диагностики целиакии с другими формами мальабсорбции, даже при их умеренном повышении.

ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

**Адхамов Ш, студент 4 курса, Научный руководитель: Арзибекова У.А. Факультет
кафедры педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В последние годы существенно изменился эпидемический процесс, для которого стали характерными длительная циркуляция антигенно-родственных вариантов вирусов КРИ и увеличение доли населения с высоким иммунитетом к ним; снижение интенсивности и удельного веса КРИ; высокие показатели заболеваемости детей, превышающие показатели взрослых в 2-3 раза. Кроме того, эпидемическая ситуация в мире осложнилась участвовавшими случаями инфицирования людей вирусами КРИ, которые могут представлять опасность в плане формирования нового пандемического варианта и привести к 2 кратному увеличению заболеваемости.

Цель исследования. Разработка и обоснование тактики эффективного применения специфических средств профилактики коронавирусной инфекции в условиях современного эпидемического процесса.

Материалы и методы исследования. В публикации обширного анализа данных общегосударственной информационной системы инфекционных болезней по состоянию 2020 года среди 44 пациентов с позитивным диагностическим тестом на COVID-19 лишь около 2% составили дети от 0 до 19 лет

Результаты исследования. Установлена зависимость эффективности вакцинопрофилактики КРИ от соответствия свойств вакцинных штаммов свойствам эпидемических вирусов ковида, возрастных особенностей прививаемых лиц, а также критериев и методов ее оценки.

В крупномасштабном эпидемиологическом наблюдении (2019-2000 гг.) выявлены преимущества у школьников по реактогенности, способности ограничивать циркуляцию КРИ среди непривитых (при охвате прививками более 50,0% коллектива) и защите от новых дрейф-вариантов эпидемических штаммов.

Лечебно-диагностическая и профилактическая помощь детям: □ усложнение логистики лекарственного обеспечения пациентов, включая наркотические и психотропные препараты; □ высокая заинтересованность системы здравоохранения в ресурсах для обеспечения ИВЛ пациентов, заболевших новой коронавирусной

инфекцией (в том числе из ресурсов системы ПМП); □ повышенный спрос на рынке медицинских изделий и расходных материалов для ИВЛ; □ резкое ограничение возможностей диагностических исследований для детей, получающих ПМП в амбулаторных условиях; □ повышенный эпидемический риск для детей, нуждающихся в ПМП и постоянно проживающих в закрытых детских коллективах (специализированных домах ребенка, детских домах-интернатах).

Вывод. Таким образом, паллиативная медицинская помощь в условиях пандемии, с одной стороны, является системой с активно возросшими потребностями и трудностями, требующими крайне быстрых решений по оказанию помощи хронически больным пациентам, а с другой стороны – системой, которая может активно участвовать в помощи пациентам с коронавирусной инфекцией с целью обеспечения качества жизни и облегчения стойких тягостных симптомов.

ВАРИАНТОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С РИСКОМ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА

Выполнила: Ахмадалиева Н.Ж,
студентка 5 курса лечебного факультета. Научный руководитель: доцент
Ахмаджонова Г.М. Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Женщины знание индивидуальных генетических особенностей может помочь оптимизировать ведение беременности при самопроизвольных абортах и их лечении. Наконец, тот факт, что генетика влияет на продолжительность репродуктивного цикла женщины, определяет актуальность.

Противоречивость и вариабельность обсуждаемой темы обуславливают ее актуальность и обосновывают необходимость углубленного изучения механизмов патогенеза СА и переноса полиморфизмов ряда генов-кандидатов. Это особенно важно для самопроизвольных аборт, что обусловило выбор темы данного исследования и его актуальность.

Цель исследования. Цель исследования: изучить вариабельность различных полиморфных проявлений генов-маркеров цитокинов при риске самопроизвольного прерывания беременности.

Материалы и методы исследования. Карточки беременных женщин, все случаи самопроизвольного прерывания беременности в анамнезе; иммуногенетическое исследование сыворотки крови испытуемых; гистологическое окрашивание разрезов, статистические методы исследования.

Результаты исследования. У женщин с бесплодием, ассоциированным с эндометриозом, преобладают генотипы ТТ полиморфизма С-511Т гена IL 1B, ТТ полиморфного сайта С.-590Т гена IL4, СС полиморфизма G-174С гена IL6, АА промоторного региона С-592А гена IL10 и ТТ полиморфизма С-509Т гена TOFB.

Течение бесплодия, сопровождающегося эндометриозом, сопряжено с повышением концентрации IL-1B, IL-4, IL-6, IL-10 и TGF-β при снижении содержания IL-2 в сыворотке крови.

У женщин с бесплодием и эндометриозом повышенное содержание IL-1 β в сыворотке крови ассоциировано с генотипом ТТ (С-511Т) гена IL1B, IL-4 -с ТТ (С-590Т) гена IL4; TGF- β - с ТТ (С-509Т) гена TGFB. Концентрация IL-2, IL-6 и IL-10 не связана с аллельным полиморфизмом генов IL2 (Т-330G), IL6 (G-174C) и IL10 (С-592A).

Сочетание эндометриоза и бесплодия статистически ассоциировано с тремя рисковыми комбинациями генотипов полиморфных вариантов генов: СС гена IL1B + СС гена IL4 + GG гена IL6 + СС гена IL10 + ТТ гена TGFB; СТ гена IL1B + СС гена IL4 + GG гена IL6 + СА гена IL10 + ТТ гена TGFB; СС гена IL1B + СТ гена IL4 + GG гена IL6 + СС гена IL10 + СС гена TGFB.

Сочетание генотипов СТ гена IL1B + СТ гена IL4 + СС гена IL6 + AA гена IL10 + ТТ гена TGFB и ТТ гена IL1B + ТТ гена IL4 + GC гена IL6 + СА гена IL10 + СТ гена TGFB значительно чаще встречается у женщин с бесплодием, сопровождающимся эндометриозом и поражением маточных труб.

Вывод. Противоречивость и вариативность обсуждаемой темы определяет ее актуальность и обосновывает необходимость углубленного изучения механизмов патогенеза СА и переноса полиморфизмов ряда генов-кандидатов. Это особенно важно для выбора предмета данного исследования и для тех, у кого были самопроизвольные аборт, что определило его актуальность.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВЫХ МАРКЕРОВ, СВЯЗАННЫХ С РИСКОМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТОВ

**Выполнила: Ахмадалиева Н.Ж, соискатель. Научный руководитель: доцент
Ахмаджонова Г.М. Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Сегодня появляется все больше информации о влиянии генетики на здоровье женщин. Это касается не только онкологического процесса у женщин, но и таких заболеваний, как самопроизвольный аборт, бесплодие, эндометриоз, синдром поликистозных яичников и др. Знание риска и возможного механизма заболевания может быть ключевым фактором при выборе его профилактики или оптимальной терапии. Исследования последних лет выявили ряд генов и их полиморфизмов, связанных с беременностью и бесплодием.

Соответственно, появляется все больше свидетельств важности знания генетического статуса женщины при выборе правильной тактики вспомогательных репродуктивных технологий и оценке вероятности развития успешной клинической беременности после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Цель исследования. Цель исследования: изучить вариативность различных полиморфных проявлений генов-маркеров цитокинов при риске самопроизвольного прерывания беременности.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты ПГ у 80 пациентов. Всем пациентам была проведена ультразвуковая биомикроскопия аппаратом MaxII с использованием датчика с частотой 35 и 50 МГц.

Результаты исследования. Критериями включения в настоящее исследование для женщин с НБ были: а) отсутствие в анамнезе женщин медицинских аборт, родов и внематочных беременностей; б) наличие 2 и более выкидышей; в) отсутствие врожденных аномалий развития матки; г) отсутствие хромосомных аномалий в кариотипе супругов; д) отсутствие репродуктивных проблем у супруга.

90 женщин этой группы имели осложненный акушерско-гинекологический анамнез: отслойка плаценты (40,0%), клинические признаки угрозы прерывания беременности (20,0%), хронический эндометрит (18,9%), фетоплацентарную недостаточность (10,0%), хроническое воспаление придатков матки (7,8%), задержка развития плода (2,2%), эрозию шейки матки (1,1%). На момент обследования 56 женщин имели сопутствующую хроническую патологию: гипопункция щитовидной железы — 12,5%; хронические заболевания ЖКТ (гастрит, холецистит, панкреатит) — 23,2%; вегето-сосудистую дистонию — 9,0%; органов верхних дыхательных путей (ринит, гайморит, тонзиллит) — 9,0%; заболеваний почек (пиелонефрит, мочекаменная болезнь) — 9,0%; избыточную массу тела — 7,1%; сочетание 2-3 хронических заболеваний — 30,2%. Диагностические тесты (ИФА и ПЦР) показали, что 29 (25,9%) женщин были носителями половых вирусных инфекций (цитомегаловирусной и/или герпетической), 12 (10,7%) женщин — носителями инфекции смешанного генеза (бактерии + вирусы), 7 (6,3%) женщин имели бактериальный вагиноз. 64 женщины (57,1%) не были носителями инфекций, передаваемых половым путем. Средний возраст женщин в группе был $30,0 \pm 4,7$ (SD) лет.

Вывод. Та же ситуация наблюдается при попытке статистически учесть распространенность самопроизвольных абортов. Его термин и определение варьируются в зависимости от страны и профессиональной организации. И соответственно, в мировой практике было проведено множество исследований по изучению полиморфных вариантов различных генов, включая факторы, связанные с прерыванием беременности, такие как гены фолатного цикла MTHFR, MTR, MTRRR и фактор роста эндотелия сосудов (VEGF). Большинство публикаций посвящено генотипу MTHFR 677st, результаты которого не были полностью раскрыты до Khali.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ.

Ахмаджонова Муслима Новфал кизи

**Андижанский государственный медицинский институт Кафедра акушерства и
гинекологии Научный руководитель: доцент Юлдашева О.С**

Введение. На сегодняшний день вагинальные роды являются единственным резервом снижения частоты повторных оперативных родов. Первое место среди показаний к повторной операции кесарево сечения является рубец на матке. В 2015 году ВОЗ объявила, что увеличение частоты КС более 10% не связано со снижением материнской и неонатальной смертности, и эта операция должна выполняться только по строгим медицинским показаниям.



Методы исследования: Мы провели ретроспективный 10 анализ историй болезни родильного дома 2 города Андижан 2023года.

Результаты исследований: В ходе проведенного анализа историй родов в акушерском комплексе 2города Андижана получены следующие результаты: возраст обследованных рожениц: до 18 лет - 2%, 20-30 лет - 80%, 30-40 лет- 18%; в целом все беременные с рубцом на матке были в оптимальном репродуктивном возрасте. У 87% беременных отмечена экстрагенитальная патология, в частности анемия беременных и инфекция мочевыделительной системы.10 рожениц поступили в первом периоде родов операция кесарево сечение, у них было произведен, 3 года назад в нижнем маточном сегменте по относительным показаниям, послеоперационный период протекал без осложнений, данная беременность протекала без осложнений. Всем роженицам была начата партограмма где производилась запись характера родовой деятельности продвижение и конфигурация головки плода а также состояние матери. У всех 10 рожениц роды закончились через естественные родовые пути без осложнений состояние новорожденных оценено как удовлетворительное.

Заключение. В результате клинического анализа беременности и родов, сделан вывод, что вагинальные роды у женщин с рубцом на матке возможны лишь в определенных условиях: 1. Предыдущая операция была в нижнем маточном сегменте, 2. Интервал между беременностями 3 и более года, 3. Если нет тазо-головной диспропорции и состояние плода удовлетворительное. 4. Произошло своевременное излитие околоплодных вод.

Дальнейшее изучение этого вопроса позволит отыскать пути снижения частоты оперативных родов и разработать тактику ведения беременности и родов у женщин с рубцом на метке.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

**Выполнила: Ахматохунова Ф, магистр 2 курса, Научный руководитель: Умарова М.А.Кафедра педиатрии лечебного факультета
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Легочная гипертензия у детей (ЛГ) – это гетерогенное многофакторное состояние, которое может осложнять большой спектр заболеваний, включая врожденные и приобретённые пороки сердца, системные заболеваниями соединительной ткани, ВИЧ инфекцию, портальную гипертензию, патологию щитовидной железы, болезни накопления, гемоглобинопатии, заболевания органов дыхания, либо быть самостоятельным, изолированным заболеванием.

В отличие от взрослых больных у детей заболевание имеет клинические, патогенетические и гемодинамические особенности, в основе которых фундаментальные отличия растущего и уже сформированного организма. Легочный органогенез и ангиогенез находятся в строгой взаимосвязи. Любые нарушения формирования, роста и развития легочной ткани могут сопровождаться нарушением формирования и легочной сосудистой стенки. Так же изменения структуры и



функции легочных сосудов неизменно сопровождаются периваскулярными нарушениями структуры альвеолярной ткани

Цель исследования. Определить риск реализации легочной гипертензии у детей с ВПС. Пациенты и методы. Изучены медицинские карты 82 детей с врожденными пороками сердца, находившихся на лечении в АОДБ за 2023 год в возрасте от 0 дней до 16 лет. Больные были разделены на следующие возрастные группы: 1 группа — дети до 1 года ($n = 38$), 2 группа — 1–5 лет ($n = 14$), 3 группа — 5–10 лет ($n = 18$), 4 группа — 10–16 лет ($n = 12$).

Результаты исследования. По результатам исследования установлено, что изолированные пороки встречались у 35 детей (42,7%), а в более половины случаев (57,3%) были представлены комбинированными ВПС. Самой многочисленной была 1 группа, дети до 1 года составили 46,3% от всех пролеченных пациентов, из них в возрасте до 6 месяцев было 28 детей (60,1% от детей до 1 года). Легочная гипертензия (ЛАГ), ассоциированная с ВПС, была верифицирована у детей 1 группы в 10,5%, у детей 2-й группы в 7,1%, 3-й группы — 16,6%, в 4-й группе легочная гипертензия не была верифицирована.

Эхокардиографическое подтверждение гиперволемии малого круга кровообращения, как предиктора развития ЛАГ, выявлено в 21,1% случаев среди детей 1 группы, во 2-й — 7,1%, 3 — 1–0%, в 4-й — 25%.

Вывод. В структуре врожденных пороков сердца у детей наблюдается превалирование комбинированных пороков. Частота ВПС и связанный с ними риск развития ЛАГ значимо выше у детей до 1 года жизни. В этой связи ранняя диагностика и своевременная хирургическая коррекция позволят улучшить прогноз детей с ВПС.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ

**Выполнила: Ахматохунова Ф, магистр 2 курса, Научный руководитель:
Умарова М.А. Кафедра педиатрии лечебного факультета
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. У здорового человека при воздействии как бронхоконстрикторных, так и бронхолитических препаратов, а также любых других факторов, изменяющих бронхиальный тонус (физическая нагрузка, холодный воздух, ингаляция аллергенов, простагландинов, ацетилхолина или гистамина), не наблюдается динамики показателей бронхиальной проходимости или выявляются очень небольшие сдвиги ее, что связано с совершенством механизмов, регулирующих бронхиальный тонус.

Гиперреактивность бронхов (ГР), проявляющаяся в чрезмерной бронхоспастической реакции на различные раздражители (резкие запахи, дым, пыль, холодный или влажный воздух, физическая нагрузка и др.), является ведущей характеристикой бронхиальной астмы. Больные бронхиальной астмой могут описывать бронхиальную ГР как комплекс симптомов - экспираторная одышка, свистящее дыхание.



Цель исследования. Изучение причин развития синдрома гиперреактивности бронхов в зависимости от внешних и внутренних факторов.

Материалы и методы исследования. По специально разработанной анкете, в которую вошли вопросы, способные выявить причины, формирующие СГБ, обследовано 65 человек, проживающих Андижанской области.

Были обследованы пациенты в возрасте от 25 до 60 лет, из них 27 (41,5%) женщин и 38 (58,4%) мужчин. В исследуемой группе мужчин 26 (68,4%) курят более 20 лет, 12 (44,4%) пациентов не курят. В группе женщин у 6 (22,2%) пациенток стаж курения составляет 10 лет.

Результаты исследования. Гиперреактивность бронхов определяется более чем в половине случаев ХОБЛ (68%) и характеризуется гендерными различиями: у мужчин БГР выявляется в 65%, у женщин в 90%.

Наиболее значимыми факторами риска для формирования и повышения степени БГР у больных ХОБЛ являются женский пол, избыточный вес, в том числе ожирение и длительность заболевания. Табакокурение не является самостоятельным предиктором развития гиперреактивности бронхов. Однако интенсивное курение (более 35 пачка/лет) демонстрирует усиление БГР при ХОБЛ.

Уровень реактивности бронхов при ХОБЛ обусловлен генотипической гетерогенностью Мз-холинорецепторов. Так, экспрессия генов МЗ-холинорецепторов в бронхиальном дереве у больных при наличии БГР достоверно выше по сравнению с аналогичными больными, но не имеющими повышенную реактивность дыхательных путей.

Сравнительная оценка системного и локального воспаления у больных с БГР и без нее свидетельствует об имеющейся взаимосвязи между интенсивностью воспаления и уровнем гиперреактивности. Это обстоятельство позволяет рассматривать БГР в качестве функционального индикатора интенсивности воспалительной реакции дыхательных путей и ее системных проявлений.

БГР модифицирует клиническое течение ХОБЛ. Так, у больных имеющих БГР, ХОБЛ развивается в более раннем возрасте, характеризуется большей выраженностью одышки и кашля, более частыми обострениями, меньшей толерантностью к физической нагрузке и худшими показателями качества жизни.

Бронхопротективный эффект тиотропия, регистрируемый в «острой» пробе, сохраняется при его ежедневном применении, по меньшей мере, в течение 6 месяцев.

Наличие БГР влияет на терапевтический ответ при многомесячном лечении антихолинэргическими препаратами. ХОБЛ у больных с повышенной реактивностью бронхов характеризуется большей эффективностью терапии в уменьшении одышки, частоты обострений заболевания, улучшении параметров функции внешнего дыхания и показателей качества жизни.

Наличие совокупности ряда признаков, ассоциированных с БГР, в частности генетическая гетерогенность Мз-холинорецепторов, клинко-функциональные особенности и особенности течения заболевания, а также различия в терапевтическом ответе позволяют рассматривать гиперреактивность бронхов в качестве самостоятельной фенотипической характеристики ХОБЛ.

Вывод. Подводя краткий итог вышеизложенному, следует заключить, что неспецифическая бронхиальная ГР, встречающаяся при многих заболеваниях легких, в том числе и у здоровых, является одной из ключевых особенностей БА.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных этой проблеме, не все вопросы, касающиеся ГР бронхов у больных с различной патологией бронхолегочного аппарата, выяснены полностью.

В частности, нуждаются в дальнейшем исследовании вопросы медикаментозной коррекции ГР, что, несомненно, расширит возможности предупреждения развития и лечения БА.

Влияние на секрецию поджелудочной железы гексапептида трипсиногена .

Байбекова Гульфия Джиганшаевна

Андижанский медицинский институт-нормальная физиология

Ингибирующие действие трипсиногена на секрецию поджелудочных желез связывается не с действием трипсина, а пептида, который отщепляется от трипсиногена при его активации в результате ограниченного протеолиза (Palasciano et al., 1). В этой связи мы специально обратили внимание на то, что введение в двенадцатиперстную кишку трипсина и трипсиногена дает неполностью одинаковые изменения секреции поджелудочной железы.

Трипсин понижал объём панкреатического сока и его триптическую активность, дебит секреции протеаз. В последующие два часа показатели секреции поджелудочной железы варьировали в очень широких пределах (рис. 1).

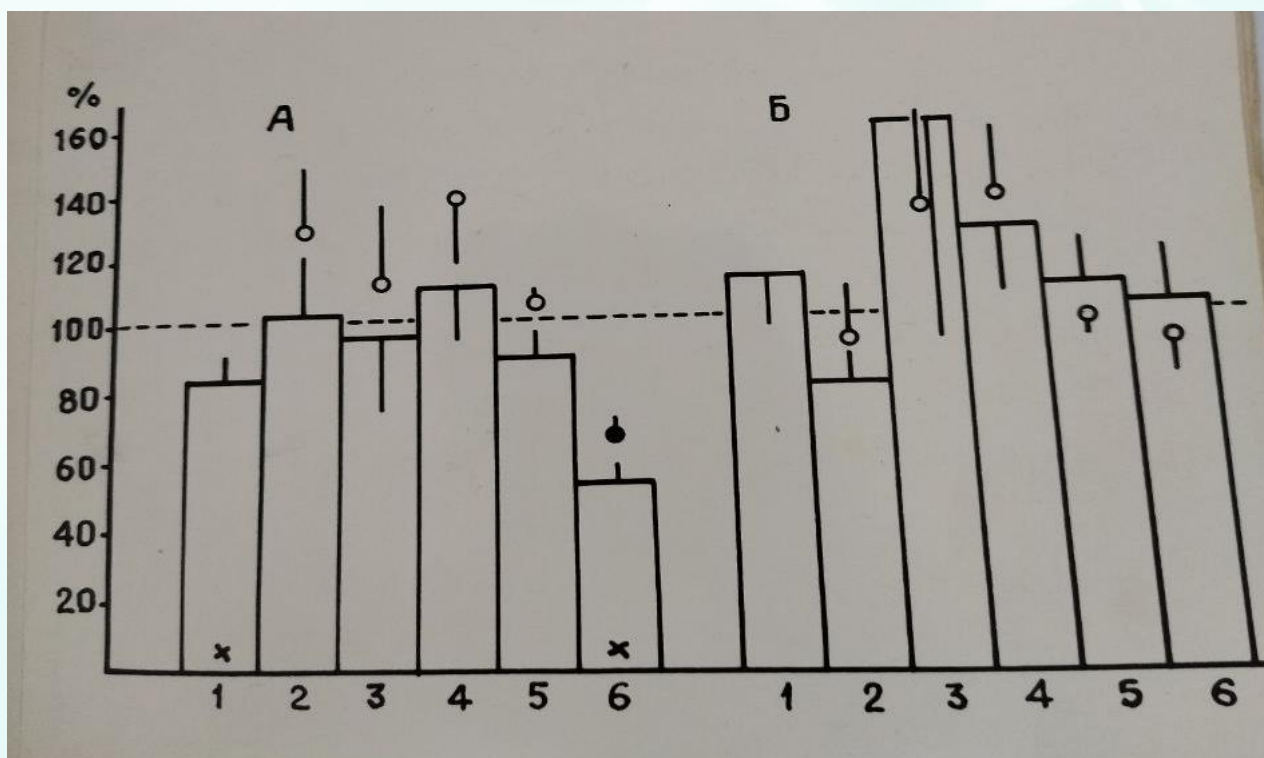
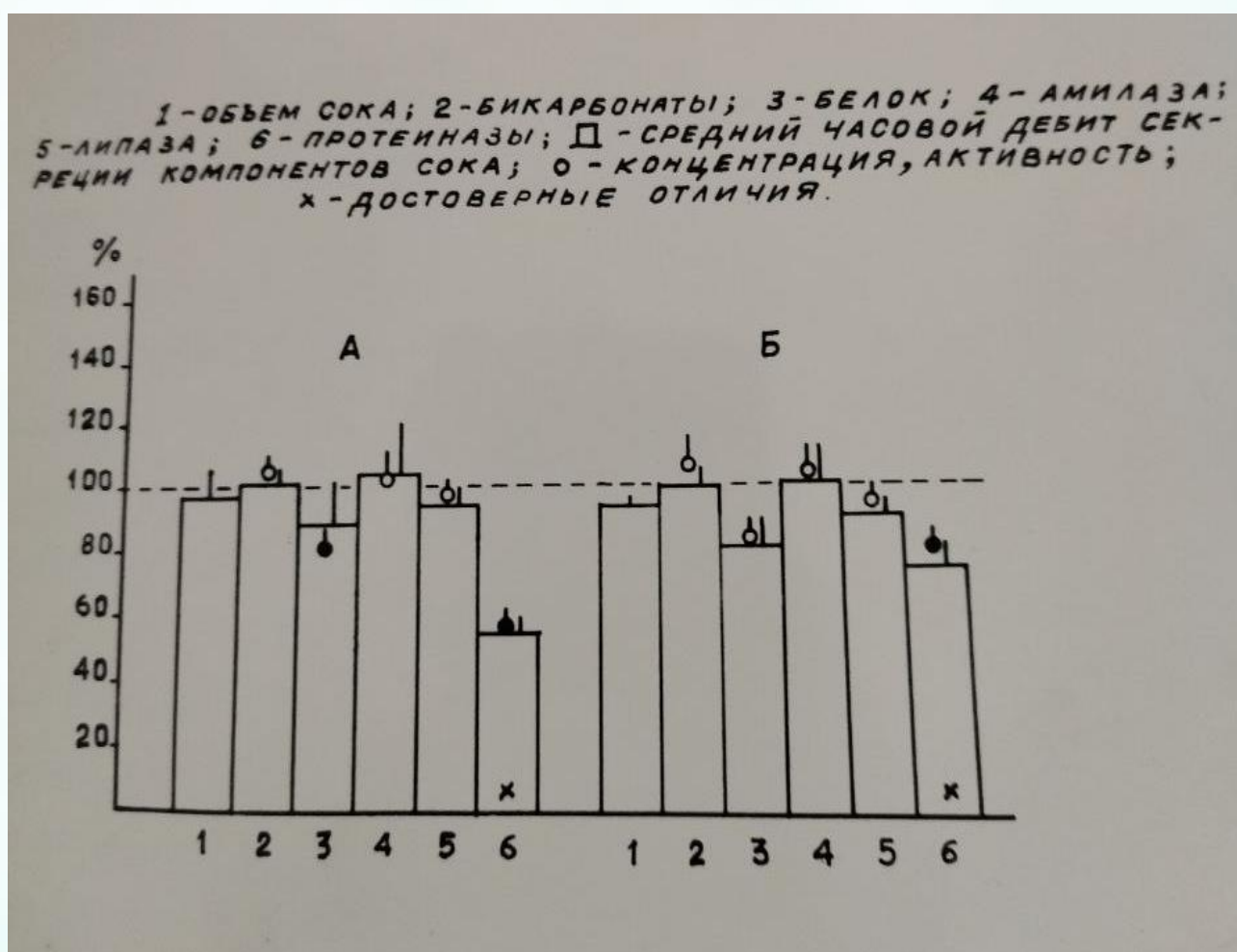


Рис. 1. Влияние трипсина на секрецию поджелудочной железы (в процентах к показателям до введения трипсина). А-в час введения в кишку трипсина, Б-в два последующих часа; 1-объём сока, 2-бикарбонаты, 3-белок, 4-амилаза, 5-липаза, 6-

протеазы. Столбцы – дебит, кружки – концентрация, активность. Тёмный кружок и крестик – достоверные отличия.

Трипсиноген действовал очень селективно – понижал протеолитическую активность сока поджелудочной железы и дебит секреции протеаз в час введения зимогена в двенадцатиперстную кишку и последующие два часа, не изменял объём панкреатического сока (рис. 2). Следовательно, тормозный эффект трипсиногена был более селективным и длительным.

Рис.2. Влияние трипсиногена на секрецию поджелудочной железы (в процентах к



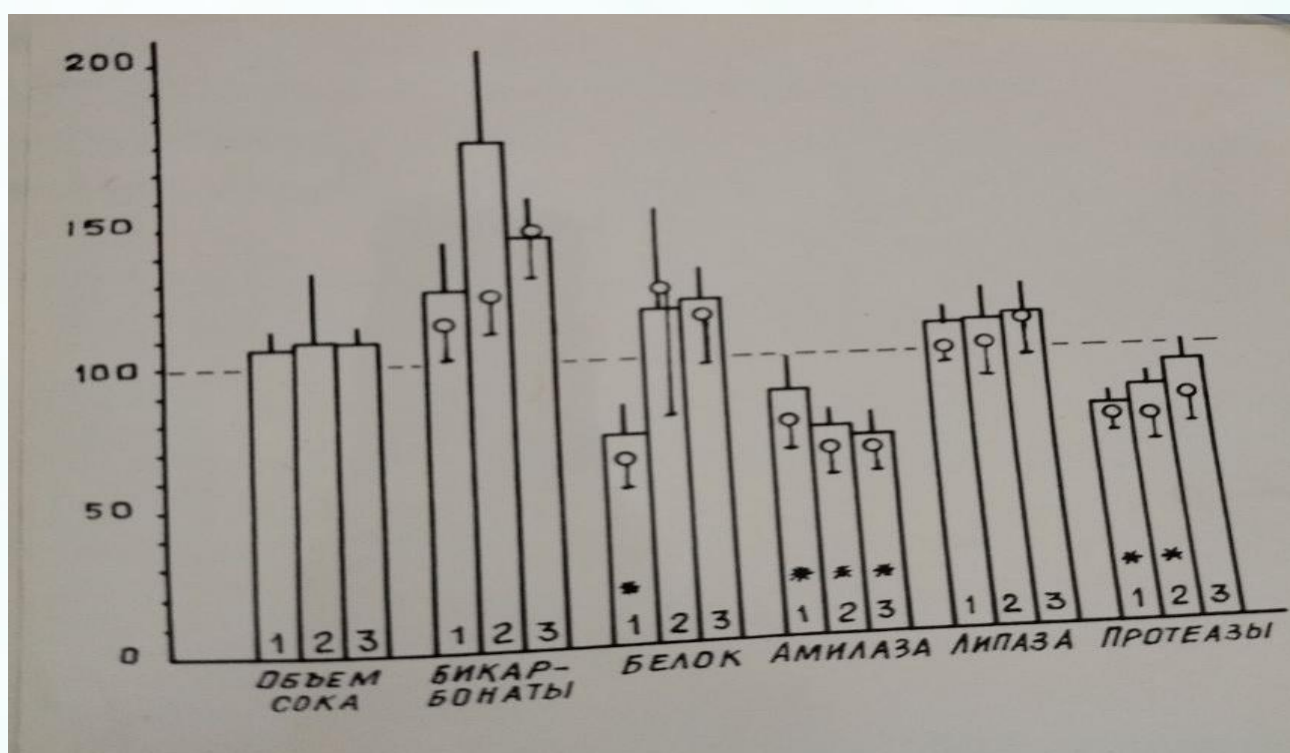
показателям до введения трипсиногена). А-в час введения трипсиногена, Б-в два последующих часа.

В тормозном эффекте трипсиногена можно увидеть суммацию двух эффектов: влияния трипсина и гексапептида трипсиногена, отщепляемого от трипсиногена и его активации.

Исследования гексапептида трипсиногена (Val (Asp) 4 Iiz) проведены в наибольшем количества острых, но в основном – в хронических экспериментах, что объясняется малым количеством синтезированного препарата.

Как видно из рисунка 3, интрадуоденальное введение гексапептида не изменило объём панкреатического сока, проявило тенденцию к повышению его бикарбонатной щелочности и дебита секреции бикарбонатов, особенно в два последующих за введением гексапептида часа. В час введения гексапептида снизился дебит и концентрация белка в соке. В последующие два часа показатели белка сока не отличались от контрольных. Секреция липазы не изменялась, а дебит секреции протеаз в час введения гексапептида и в последующий час существенно понижался, еще через час не отличался от контрольных величин.

Рис. 3. Влияние гексапептида трипсинагена на секрецию поджелудочной железы (в процентах к показателям до введения гексапептида). 1-в час введения гексапептида; 2-3 – два последующие часа; Столбики – дебит секреции, кружки –



концентрация и активность компонентов секрета, * – достоверные отличия от контроля.

Таким образом, судя средним данным, гексапептид трипсинагена уменьшал секрецию протеиназ и амилазы поджелудочной железой. Эти эффекты были достаточно длительными, с последствием и в основном за счет уменьшения в сока концентрации фермента

В пяти острых опытах с гексапептидом получались результаты, близкие к таковым в хронических экспериментах (таблица 1): в час интрадуоденального введения гексапептида наиболее выражено и достоверно понижались в сока концентрация протеаз и дебит их секреции. В меньшей мере снижались секреторные показатели липазы (чего не отмечалось в хронических опытах). За счет них были сниженными и показатели секреции белка. Объём секреции, секреция бикарбонатов и амилазы не менялись.

Таблица 1.

Влияние гексапептида на секрецию поджелудочной железы (по результатам 5 острых опытов, М)

Период опыта	Объём сока	Бикар-бонаты	Белки	Амилаза	Липаза	Протеазы
I	98,9	<u>94,8</u>	<u>61,9*</u>	<u>98,5</u>	<u>84,7*</u>	<u>64,4*</u>
		103,1	61,8*	106,7	<u>84,7</u>	62,2
II	124,4	<u>161,6</u>	<u>47,6*</u>	<u>122,5</u>	<u>96,7</u>	<u>60,4*</u>
		264,9	55,1*	121,9	106,9	63,8*

Примечание: числитель – концентрация или активность, знаменатель – дебит секреции ; *- достоверные отличия по непараметрическому критерию знаков, 1-в час интрадуоденального введения гексапептида, 2-в последующий час.

В последующий час опыта сниженной была только секреция протеаз, что было причиной пониженной секреции общего белка. Следовательно, в период последействия отмечено селективное торможение секреции поджелудочной железой именно протеаз. Полученный материал еще раз свидетельствует о том, что в процессе ограниченного протеолиза трипсиногена образуется продукт, обладающий свойством торможения секреции поджелудочной железы, особенно секреции протеаз. Эти результаты имеют теоретический интерес, расширяя представления о механизме реализации тормозных эффектов панкреатических, зимогенных протеиназ с двенадцатиперстной кишки. Практическое значение результатов видится в открывающейся перспективе синтез и последующего терапевтического применения гексапептида трипсиногена как селективного ингибитора секреции поджелудочной железой протеаз, препарата не обладающего протеолитической активностью.

Влияние введения в двенадцатиперстную кишку протеаз на гидролазы крови и их выделение с мочой

АНДИЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ-НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

Байбекова Гульфия Джиганшаевна

В опытах с введением в двенадцатиперстную кишку трипсина было снижение объёма сока поджелудочной железы и секреции протеаз, тенденция в повышению амилалитической активности сока. Повышение триптической активности содержимого двенадцатиперстной кишки сопровождалась снижением триптической активности, но повышением антитриптической активности крови. В последующие два часа эти показатели ферментативной активности крови восстанавливались (таблица 1). Амилалитическая и липолитическая активности крови не изменялись.изменялся при этом и диурез, но амилалитическая активность, в меньшей мере липолитическая активность мочи имели тенденцию к повышению. В последующие два часа дебит ренального выделения амилазы были существенно возросшими.Введение в двенадцатиперстную кишку трипсиногена, как показано

выше, оказывало выраженное тормозное действие на секрецию протеаз поджелудочной железой. Это влияние распространилось и на инкрецию ею ферментов. Как видно из таблицы 2, в час введения в двенадцатиперстную кишку трипсиногена триптическая активность плазмы крови существенно понизилась, антитриптическая активность увеличилась, амилалитическая и липолитическая активности не изменились.

Таблица 1.

Влияние введения в двенадцатиперстную кишку трипсина на гидролазы крови и их выделение с мочой в час введения трипсина (I) и последующие 2 часа (II) (в процентах к показателям до введения трипсина, $M \pm m$)

К р о в ь

Периоды опыта	Трипсин	Ингибитор трипсина	Амилаза	Липаза
I	71,3±5,2*	130,8±5,1*	94,9±6,6	98,5±3,6
II	100,7±5,7	112,5±5,7	109,2±15,9	95,7±7,4

М о ч а

Периоды опыта	Объём	Амилаза		Липаза	
		1	2	1	2
I	108,4±8,9	262,0±120,2	259,4±120,8	137,2±44,7	150,5±41,4
II	124,5±13,3	420,7±178,8	540,2±204,8	188,9±40,7	201,7±33,2

Примечание: I-активность, 2-дебит; *-достоверные отличия

Эффект влияния трипсиногена был кратковременным – в два последующие часа триптическая и антитриптическая активности плазмы крови существенных отличий от исходных их величин уже не имели.

Объём мочи после введения трипсиногена не изменялся, но выделения с мочой липазы резко понижалось за счет уменьшения липолитической активности мочи. Этот эффект был особенно выражен в период последействия. Амилалитическая активность мочи и часовой дебит ренального выделения амилазы в час введения в кишку трипсиногена не изменялись, а в последующие два часа опыта имели тенденцию к повышению.

Введение в двенадцатиперстную кишку химотрипсина (таблица3) было менее эффективно во влияниях на инкрецию ферментов. Это выразилось в том, что в этих экспериментах не изменялась ни триптическая, ни антитриптическая активность плазмы крови, что было отмечено в опытах с интрадуоденальным введением трипсиногена.

Таблица 2.

Влияние введения в двенадцатиперстную кишку трипсиногена на гидролазы крови и их выделение с мочой в час введения трипсиногена (I) и последующие два часа (II) (в процентах к показателям до введения трипсиногена, $M \pm m$)

К р о в ь

Периоды опыта	Трипсин	Ингибито р трипсина	Амилаза	Липаза
I	44,3±5,4*	138,6±10, 5*	105,6±7,4	101,7±2,3
II	89,5±16,1	121,3±10, 5	106,0±8,2	102,3±1,3

М о ч а

Периоды опыта	Объём	Амилаза		Липаза	
		1	2	1	2
I	95,7±2,7	102,4± 11,3	91,7±1 2,9	70,9± 21,0	53,6±21,4
II	97,8±3,7	131,1± 14,0	131,6± 17,7	45,7± 28,5	44,9±26,5*

Примечание: *- достоверные различия; 1-активность, 2-дебит.

Липолитическая активность крови также не менялась, амилалитическая её активность существенно повысилась в два последующих часа после введения в кишку химотрипсина. Этот эффект подтверждается и показателями ренального выделения амилазы.

Таблица 3.

Гидролазы крови и их выделение с мочой в час введения в двенадцатиперстную кишку химотрипсина (I) и последующие два часа (II) (в процентах к показателям до введения химотрипсина, M±m)

К р о в ь

Периоды опыта	Трипсин	Ингибито р трипсина	Амилаза	Липаза
I	96,6±4,0	109,7±11, 0	98,6±1,5	104,9±6,8
II	105,5±6,1	138,6±13, 1*	97,9±2,4	107,2±1,9

М о ч а

Периоды опыта	Объём	Амилаза		Липаза	
		1	2	1	2
I	104,2±7,2	272,8±1 04,0	256,2±8 6,7	47,4± 28,1	63,3± 39,7
II	130,6±12, 8*	174,2±5 6,7	210,9±5 5,2*	66,7± 28,1	85,1± 43,6

Примечание: 1-активность, 2-дебит; *-достоверные отличия

Представленные в таблице 3 данные свидетельствуют о том, в условиях повышенной химотриптической активности дуоденального содержимого (в час введения химотрипсина и в последующие два часа) амилалитическая активность мочи существенно возрасла, повышалась выделение амилазы с мочой. В этом проявилась общность эффект трипсина и химотрипсина. В период последействия был повышенным и диурез.

Влияние на секрецию поджелудочной железы гексапептида трипсиногена .

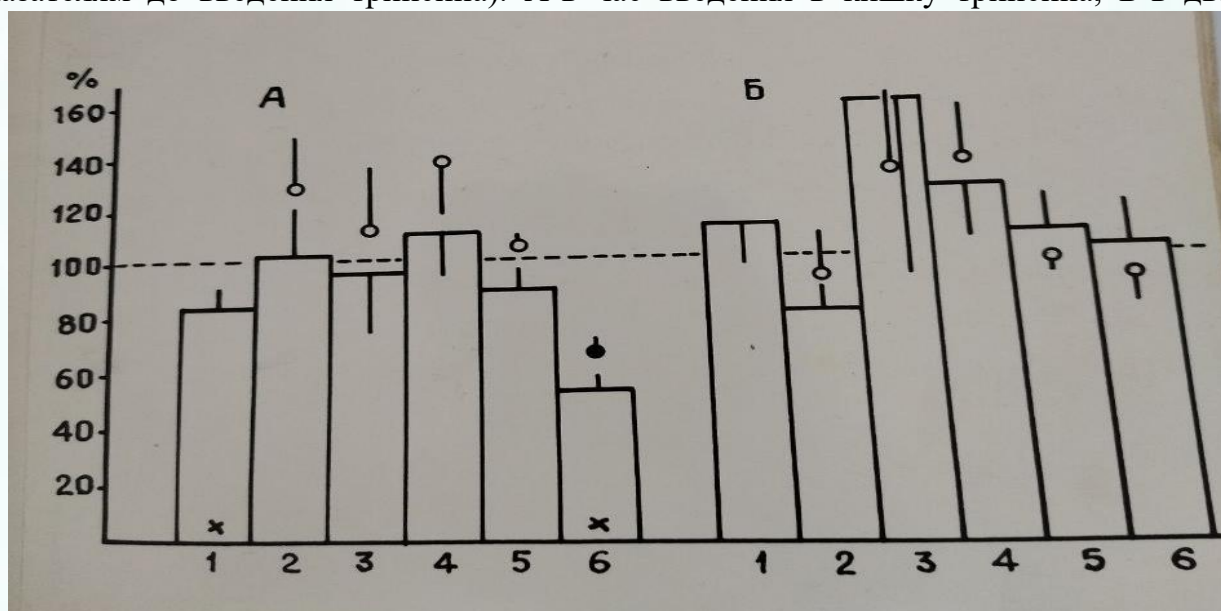
Байбекова Гульфия Джиганшаевна

Андижанский медицинский институт-нормальная физиология

Ингибирующее действие трипсиногена на секрецию поджелудочных желез связывается не с действием трипсина, а пептида, который отщепляется от трипсиногена при его активации в результате ограниченного протеолиза (Palasciano et al., 1). В этой связи мы специально обратили внимание на то, что введение в двенадцатиперстную кишку трипсина и трипсиногена дает не полностью одинаковые изменения секреции поджелудочной железы.

Трипсин понижал объём панкреатического сока и его триптическую активность, дебит секреции протеаз. В последующие два часа показатели секреции поджелудочной железы варьировали в очень широких пределах (рис. 1).

Рис. 1. Влияние трипсина на секрецию поджелудочной железы (в процентах к показателям до введения трипсина). А-в час введения в кишку трипсина, Б-в два



последующих часа; 1-объём сока, 2-бикарбонаты, 3-белок, 4-амилаза, 5-липаза, 6-протеазы. Столбцы – дебит, кружки – концентрация, активность. Тёмный кружок и крестик – достоверные отличия.

Трипсиноген действовал очень селективно – понижал протеолитическую активность сока поджелудочной железы и дебит секреции протеаз в час введения зимогена в двенадцатиперстную кишку и последующие два часа, не изменял объём панкреатического сока (рис. 2). Следовательно, тормозный эффект трипсиногена был более селективным и длительным.

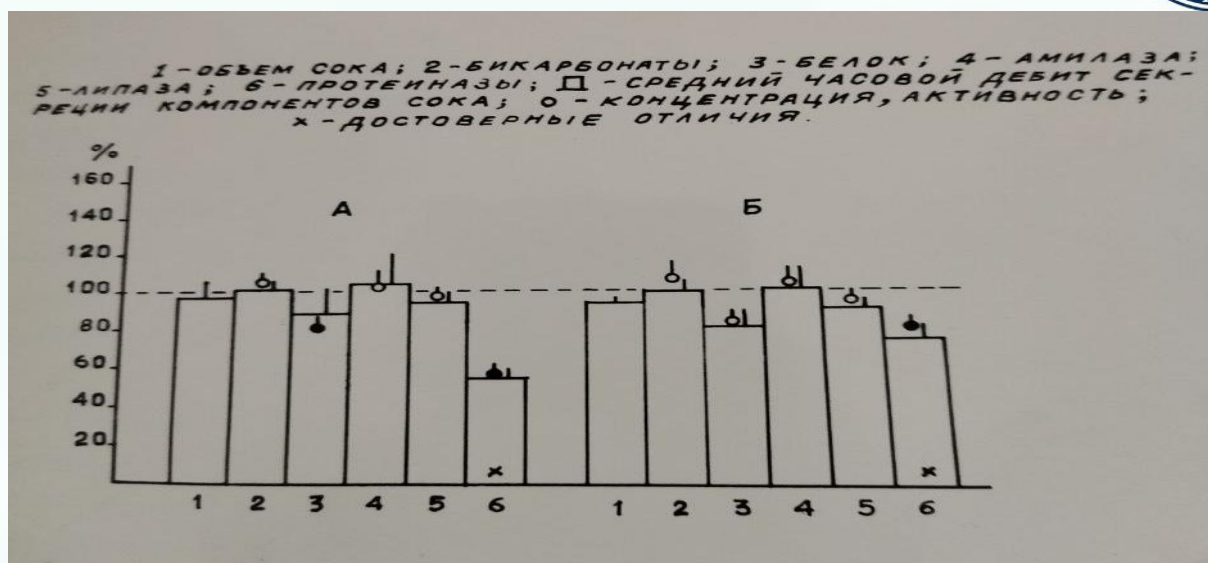
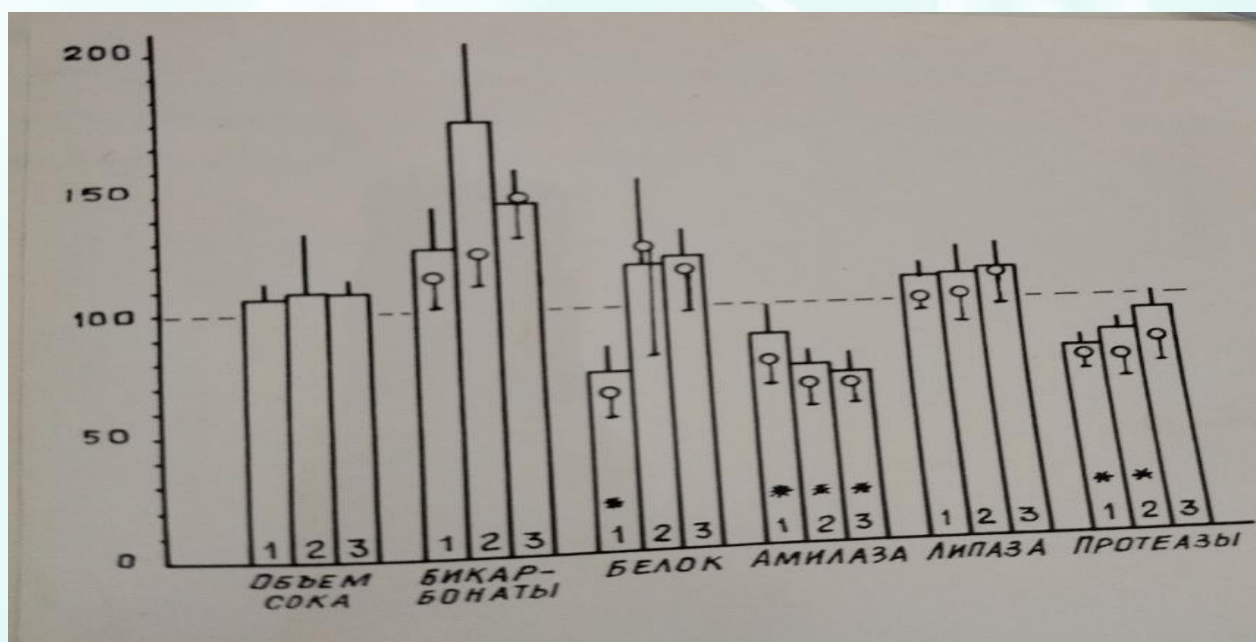


Рис.2. Влияние трипсиногена на секрецию поджелудочной железы (в процентах к показателям до введения трипсиногена). А-в час введения трипсиногена, Б-в два последующих часа.

В тормозном эффекте трипсиногена можно увидеть суммацию двух эффектов: влияния трипсина и гексапептида трипсиногена, отщепляемого от трипсиногена и его активации.

Исследования гексапептида трипсиногена (Val (Asp) 4 liz) проведены в наибольшем количества острых, но в основном – в хронических экспериментах, что объясняется малым количеством синтезированного препарата.

Как видно из рисунка 3, интратруоденальное введение гексапептида не изменило объем панкреатического сока, проявило тенденцию к повышению его бикарбонатной щелочности и дебита секреции бикарбонатов, особенно в два последующих за введением гексапептида часа. В час введения гексапептида снизился дебит и концентрация белка в соке. В последующие два часа показатели белка сока не отличались от контрольных. Секреция липазы не изменялась, а дебит секреции протеаз в час введения гексапептида и в последующий час существенно понижался,



еще через час не отличался от контрольных величин.

Рис. 3. Влияние гексапептида трипсиногена на секрецию поджелудочной железы (в процентах к показателям до введения гексапептида). 1-в час введения гексапептида; 2-3 – два последующие часа; Столбики – дебит секреции, кружки – концентрация и активность компонентов секрета, * – достоверные отличия от контроля.

Таким образом, судя средним данным, гексапептид трипсиногена уменьшал секрецию протеиназ и амилазы поджелудочной железой. Эти эффекты были достаточно длительными, с последствием и в основном за счет уменьшения в сока концентрации фермента

В пяти острых опытах с гексапептидом получались результаты, близкие к таковым в хронических экспериментах (таблица 1): в час интрадуоденального введения гексапептида наиболее выражено и достоверно понижались в сока концентрация протеаз и дебит их секреции. В меньшей мере снижались секреторные показатели липазы (чего не отмечалось в хронических опытах). За счет них были сниженными и показатели секреции белка. Объем секреции, секреция бикарбонатов и амилазы не менялись.

Таблица 1.

Влияние гексапептида на секрецию поджелудочной железы (по результатам 5 острых опытов, М)

Период опыта	Объем сока	Бикарбонаты	Белок	Амилаза	Липаза	Протеазы
I	98,9	94,8 103,1	61,9* 61,8*	98,5 106,7	84,7* 84,7	64,4* 62,2
II	124,4	161,6 264,9	47,6* 55,1*	122,5 121,9	96,7 106,9	60,4* 63,8*

Примечание: числитель – концентрация или активность, знаменатель – дебит секреции ; *- достоверные отличия по непараметрическому критерию знаков, 1-в час интрадуоденального введения гексапептида, 2-в последующий час.

В последующий час опыта сниженной была только секреция протеаз, что было причиной пониженной секреции общего белка. Следовательно, в период последствия отмечено селективное торможение секреции поджелудочной железой именно протеаз. Полученный материал еще раз свидетельствует о том, что в процессе ограниченного протеолиза трипсиногена образуется продукт, обладающий свойством торможения секреции поджелудочной железы, особенно секреции протеаз. Эти результаты имеют теоретический интерес, расширяя представления о механизме реализации тормозных эффектов панкреатических, зимогенных протеиназ с двенадцатиперстной кишки. Практическое значение результатов видится в открывающейся перспективе синтез и последующего терапевтического применения гексапептида трипсиногена как селективного ингибитора секреции поджелудочной железой протеаз, препарата не обладающего протеолитической активностью.

МЕРЫ ПО КОНТРОЛЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

**Баходиржонов И.И. – студент 4-курса, лечебного факультета Научный
руководитель: Юнусова З.В. Кафедра пропедевтики внутренних болезней
педиатрического факультета
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Стенокардия не является отдельно взятым, самостоятельным заболеванием, а есть одна из форм ишемической болезни сердца (ИБС), при которой наблюдаются разной степени выраженности нарушения кровоснабжения миокарда (проявляющиеся от внезапной сердечной смерти и стенокардии до инфаркта миокарда и атеросклеротического кардиосклероза).

Промежуточное место между обычной (стабильной) стенокардией и инфарктом миокарда занимает нестабильная стенокардия.

Стабильной стенокардию называют в случае ее устойчивого течения в виде закономерного возникновения болевых приступов на нагрузку определенного уровня за период не менее 3-х месяцев. Стабильная стенокардия является самой распространенной формой хронической ИБС и встречается в 70-80% всех случаев.

При приступе стенокардии происходит нарушение соответствия кровотока потребностям сердечной мышцы (миокарда). Питательные вещества не поступают по артериям в необходимом количестве или не поступают вообще и в результате возникают болевые ощущения.

Цель исследования: изучить эпидемиологические данные о нестабильной стенокардии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач, мы обследовали 35 пациенток с диагнозом ИБС.

Результаты исследования. При предварительном анализе выходные антропометрические (масса тела, индекс массы тела, объем талии и бедер) и гемодинамические (систолическое и диастолическое АД, частота сердечных сокращений, пульс) данные в группе до лечения и после лечения достоверно не отличались ($P > 0,05$). На основании этого можно утверждать, что действие исследованного способа медикаментозной терапии реализовалась на идентичном фоне.

Нами было проведено исследование влияния указанного курса лечения у обследованных больных на морфо-функциональные показатели левого желудочка (ЛЖ) сердца. Так, в исследуемой группе больных отмечалось уменьшение конечного диастолического объема (КДО) ЛЖ на 8,9%, конечного систолического объема (КСО) - на 20,43%, что привело к увеличению фракции выброса (ФВ) на 8,7% (табл. 1). Вместе с тем, уменьшился размер ЛЖ на 8,04%, толщина задней стенки (ТЗС) ЛЖ на 9,7%, ВТС ЛЖ - на 17,14%, наметилась тенденция к уменьшению толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), что привело к уменьшению индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ на 11,2%.



Вывод. Таким образом, фармакодинамические эффекты комплексного лечения проявляются главным образом в восстановлении сократительной функции ЛЖ, а именно, в уменьшении КСО и КДО, а также повышении ФВ ЛЖ.

Данные обследования больных до и после лечения свидетельствуют о положительном влиянии медикаментозной терапии на показатели липоцитоксинов.

Анализ терапевтической эффективности предложенной комбинированной терапии показал, что прослеживается отчетливый лечебный эффект в отношении уменьшения степени ремоделирования миокарда, нормализации атерогенных нарушений липидного профиля, а также нейтрализации метаболических нарушений.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Бозарова Н, студент 2 курса, Научный руководитель: Арзибекова У.А.

Факультет кафедры педиатрии и неонатологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Анемия возникает во все периоды жизни человека не только при различных заболеваниях, но и при некоторых физиологических состояниях, например, при беременности, в период усиленного роста, лактации. Важное социальное значение имеет проблема анемий у детей раннего возраста, так как анемия в этом возрасте может привести к нарушениям физического развития и обмена железа.

Многим родителям мультфильмы или видеоигры кажутся простым способом занять ребенка, однако благодаря развитию технологий около 30% современных детей ведут малоподвижный образ жизни. Это чревато не только анемией, но и набором лишнего веса, замедлением физического развития, проблемами с позвоночником, зрением и кровообращением.

Цель исследования. Изучить и проанализировать современный подход к лечению железодефицитной анемии.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 94 ребенка с ЖДА в возрасте от 5 месяцев до 17 лет, в том числе: до 1 года - 16 детей (17,0%), 1-3 года - 64 ребенка (68,1%), 4-12 лет - 4 человека (4,3%) и старше 12 лет - 10 подростков (10,6%).

Результаты исследования. При анализе ante и интранатальных причин развития ЖДА у наблюдаемых детей выявлено, что гипосидероз беременной и гестоз наблюдались в 51,6 и 59,4% соответственно, угроза прерывания беременности - в 48,4%, кесарево сечение - в 31,3%, обильные менструации - у 23,4%, наличие у матери более 5 беременностей - 14,1 %, перерыв между беременностями менее 3-х лет - 20,3%, занятия спортом - 12,5%, хронические инфекции - 10,9%, многоплодная беременность 6,3%, вегетарианство - 6,3% и донорство - в 6,3%.

Недоношенными родились 31,0% детей, у которых в последующем наблюдались избыточные прибавки в массе, приводящие к повышенной потребности организма в железе. Крупный вес при рождении имели 24,1% детей. Алиментарный дефицит железа как следствие несбалансированного питания (раннее искусственное



вскармливание, в том числе неадаптированными молочными смесями, позднее введение или отсутствие в рационе мясных продуктов) выявлен у 39,1% детей. Более 1/3 детей были из благополучных семей с невысоким материальным достатком. Нарушения менструального цикла выявлены у 100% девушек.

Интенсивный рост отмечен у 40% подростков, занятия спортом - у 20%, алиментарный фактор у 20%. У всех пациентов в генезе ЖДА наблюдалось сочетание нескольких из указанных выше причин.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что ЖДА у детей раннего возраста обусловлена комплексом причин, включающих как неблагоприятное течение беременности и родов, отягощенный акушерско-гинекологический и социальный анамнез, так и алиментарный фактор и повышенные потребности ребенка в железе в периоды интенсивного роста.

Анализ клинических проявлений ЖДА показал, что у детей наблюдаются разнообразные анемические и сидропические симптомы, частота и выраженность которых зависит от возраста пациентов, степени тяжести и длительности анемии.

Единственным симптомом, наблюдаемым нами в клинической картине всех обследованных детей, была бледность кожи и слизистых оболочек. Другим симптомом, выявленным у большинства пациентов, была вялость или слабость. Указанные анемические симптомы связаны с недостаточным обеспечением тканей кислородом. Нарушение сна и эмоциональная лабильность встретились примерно у половины детей независимо от возраста. Головной мозг ребенка очень чувствителен к недостатку железа и выявленные нарушения поведения обусловлены прежде всего сидеропенией. Физическое развитие ниже среднего было у 10 детей.

Типичными проявлениями сидеропении у детей первых трех лет жизни были снижение и/или извращение аппетита, тахикардия и функциональный систолический шум, кишечная диспепсия, мышечная гипотония, включая гипотонию мышц брюшной стенки и диафрагмы. Последнее приводило к относительно низкому расположению печени и селезенки и в ряде случаев создавало ложное впечатление об их увеличении. Гепатомегалия и спленомегалия, выявленные нами у более половины детей, явились характерными признаками этой возрастной.

У половины пациентов наблюдались сухость кожи, волос, их ломкость и выпадение, реже - ангулярный стоматит и глоссит. Трофические изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, кожи, ее придатков, а также мышечная слабость, в том числе миокардиальная, обусловлены тканевым дефицитом железа, приводящим к метаболическим нарушениям в клетках.

Выводы. Для профилактики дефицита железа у грудных детей используют жидкие лекарственные формы: это могут быть растворы или капли для приёма внутрь, содержащие железа сульфат (Актиферрин), железа (III)-гидроксид полимальтозат (Мальтофер, Феррум Лек), глюконат железа, марганца, меди (Тотема), (Ферлатум); эти же препараты выпускаются в форме сиропов (Актиферрин, Мальтофер, Феррум Лек). Парентеральные ферропрепараты не используют в целях профилактики дефицита железа.



ОЦЕНКА ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

Выполнил: Гуломов Х, студент 5 курса лечебного факультета 518 гр
Научный руководитель: Мирзаахмедова И.З.Кафедра госпитальной
терапии эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Противовирусный иммунитет включает в себя комплекс механизмов, направленных на нейтрализацию и удаление из организма вируса, его антигенов и зараженных вирусом клеток. Реализация защитной реакции происходит при помощи как гуморальных компонентов иммунитета (нейтрализация вирусов антителами, иммунный лизис инфицированных вирусом клеток с участием антител), так и клеточных (презентация вирусного антигена фагоцитами, цитотоксичность Т - лимфоцитов).

Цель исследования. Целью настоящего исследования являлись - оценка состояния противовирусного иммунитета и установление факторов, обуславливающих реактивацию вирусных инфекций у больных НХЛ.

Материалы и методы исследования. Для выявления возможных изменений показателей иммунитета у больных с различной степенью злокачественности опухоли обследуемые лица с НХЛ были разделены на две группы.

Результаты исследования. У больных НХЛ наблюдалось повышение спонтанного уровня ИЛ-2, причем более значимое - у больных с индолентными лимфомами. ИЛ-2 запускает иммунный ответ и активирует факторы, участвующие как в противовирусной и противобактериальной, так и в противоопухолевой защите, что в рассматриваемой ситуации может являться признаком более благоприятного течения опухолевого процесса. Следовательно, в основе ослабления противовирусного иммунитета у больных НХЛ лежат комбинированные нарушения, затрагивающие как специфические так и неспецифические звенья иммунной защиты. При этом у пациентов с агрессивными формами лимфом дефект Т-клеточного иммунитета был более выраженным и сочетался со значительным отклонением в цитокиновом статусе по сравнению с больными индолентными лимфомами.

Поскольку все больные агрессивными лимфомами находились в IV стадии заболевания, подразделение пациентов на группы было проведено только при индолентных лимфомах. У этих пациентов была прослежена зависимость показателей иммунитета от стадии заболевания. В этой связи среди больных, с впервые установленным диагнозом и не получавших химиотерапию, на основании классификации Ann Arbor выделены три группы пациентов: находящихся к моменту обследования в I стадии заболевания (9 человек), во II стадии (19 человек) и в III-IV стадиях (8 человек). У больных с III-IV стадиями заболевания достоверно снижена спонтанная секреция мононуклеарами крови ФНО-α, ИЛ-1p, ИЛ-4 и ИЛ-6 (табл. 5). Не исключено, что низкая концентрация ИЛ-4 и ИЛ-6 тормозит созревание В-лимфоцитов в плазмочиты.

При прогрессировании лимфомы из малых лимфоцитов у больных отмечалось достоверное снижение уровня ИЛ-2 и ИЛ-4 в культуре мононуклеаров после их



стимуляции ФГА. Это, скорее всего, связано с ослаблением секреторной функции Т-клеток при прогрессировании лимфомы из малых лимфоцитов - основных продуцентов данных цитокинов. Кроме того, сравнение показателей представленных групп выявило, что у больных с III-IV стадиями заболевания в сыворотке крови заметно возрастал уровень ФНО- α , ИЛ-1 р, ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-10. .

Вывод. Таким образом, проведенные исследования иммунного статуса у вирусинфицированных больных НХЛ показали, что у них не наблюдалось

специфической перестройки цитокиновой сети. Снижение содержания СО16+ клеток являлось доминирующим фактором ослабления противовирусного иммунитета. Отсутствие полноценной иммунной реакции у больных НХЛ приводит к частой контаминации вирусами и их репликации в организме хозяина. Это подтверждалось наличием довольно высокого процента ПЦР положительных результатов (29,5%), полученных при исследовании периферической крови данных пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Жураев Ш

**студент 5 курса, Научный руководитель: Арзибекова У.А. Факультет кафедры
педиатрии и неонатологии**

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Кишечные инфекции - группа заболеваний вирусной, бактериальной природы, для которых характерен фекально-оральный механизм передачи, с синдромом общей интоксикации, диарейным синдромом, склонностью к развитию дегидратации различной степени выраженности.

В отечественной литературе в немногочисленных работах освещены вопросы иммунопатогенеза с изучением роли цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-12, ИФН) при диареях у детей. Полученные результаты исследований противоречивы и не позволяют однозначно трактовать иммунологические изменения при ОКИ.

Предлагаемые методы иммунотерапии ограничены рамками использования препаратов индукторов интерферона (циклоферона), пероральных иммуноглобулинов (КИП) и других иммуномодуляторов. Не определен алгоритм иммунокоррекции нарушений интерферогенеза и интерлейкинов в острый период заболевания.

Цель исследования. Совершенствование тактики терапии острых кишечных инфекций с учетом особенностей изменения иммунного статуса у детей.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было обследовано 145 больных с острыми кишечными инфекциями в возрасте от 5 мес. до 14 лет, госпитализированных на 1-2-й день заболевания, у которых отсутствовали пищевая аллергия, лактазная недостаточность и в анамнезе на момент исследования отсутствовал факт приема пробиотиков и иммуномодуляторов.

Результаты исследования. В современной этиологической структуре ОКИ у детей преобладают вирусные диареи (76,6%), удельный вес ротавирусной инфекции составляет 53,8%



У 91,8% детей с ОКИ независимо от типа диареи, тяжести и периода заболевания отмечается недостаточная продукция индуцированного альфа- и гамма - ИФН, а также снижение показателей активности фагоцитоза, что свидетельствует о качественном дефекте острофазного иммунного ответа и дефиците клеточного звена иммунитета

Для кишечной инфекции вирусной этиологии характерны выраженные изменения цитокинового статуса в виде стимуляции выработки провоспалительного монокина ИЛ-1Р в 6,2 раза и ИЛ-6 в 1,6 раза, связанных с развитием местной воспалительной реакции в кишечнике и активацией антителообразования. Формирование неспецифической защиты с выраженным повышением уровня ИЛ-1(3 в крови происходит независимо от возраста, тяжести заболевания и топики поражения ЖКТ как в острый период, так и в период реконвалесценции заболевания

Тяжесть и длительность течения ОКИ коррелирует с изменениями иммунологического статуса у детей в острый период заболевания снижением фагоцитарного индекса, фагоцитарного числа в 1,5-2 раза и иммуноглобулина А в 1,5 раза, активацией гуморального иммунитета М) и повышением уровня ИЛ-1(3 (в 6,2 раза) и ИЛ-6 (в 1,5 раза). Провоспалительные ИЛ-1Р и ИЛ-6 являются маркерами синдрома интоксикации

Изменения параметров цитокинового статуса при инвазивных кишечных инфекциях характеризуются активацией провоспалительных интерлейкинов ИЛ-1Р в 5 раз и ИЛ-8 в 1,5 раза, что отражает адекватность иммунного ответа ТЬ 1 типа и нейтрофилов на бактериальную антигенную стимуляцию

При ротавирусных инфекциях ключевым фактором иммуносупрессии является подавление продукции интерферонов, что сопровождается снижением показателей индуцированного ИФН-а и ИФН-у и является обоснованием к назначению в комплексе лечения препаратов интерферона в острый период заболевания

Виферон (интерферон-а2Ь, свечи) обладает иммунорегуляторным воздействием на цитокины, способствуя снижению показателей провоспалительных цитокинов ИЛ-1 р и ИЛ-6 в 1,2 раза и повышению индуцированного а- и у-ИФН до нормы у 37,5% и 46,1% детей соответственно, что сопровождается сокращением продолжительности интоксикации, $p < 0,05$. Применение Виферона в комбинации с препаратом «Бифиформ Малыш» по сравнению с монотерапией позволяет получить наряду с клиническим эффектом достоверное снижение в крови уровня провоспалительного ИЛ-6 ($p = 0,025$) и повышение уровня индуцированного ИФН-у до нормы у 66,7% детей, что и определяет целесообразность применения комбинированной терапии в острый период вирусных диарей с исходно низким уровнем интерфероногенеза

Вывод. Полученные данные об эффективности иммунобиологической коррекции нарушений иммунного статуса при ОКИ разной этиологии, открывают новые возможности в оптимизации терапии и реабилитации детей как в острый период, так и в период реконвалесценции, что способствует расширению спектра применения пробиотиков в детской практике.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Жураев Ш,

**студент 5 курса, Арзибекова У.А. Факультет кафедры педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Последняя, по данным различных авторов, составляет значительно большую долю относительно просветной флоры и непосредственно связана с формированием биопленки. Адгезированные колонии микроорганизмов на кишечной стенке образуют микробно-тканевой комплекс, включающий микроколонии бактерий, продуцируемые ими метаболиты, муцин, гликокаликс, эпителиальные клетки и клетки стромы слизистой оболочки, в пределах которого происходит постоянный обмен генетическим материалом, сигнальными и регуляторными молекулами, метаболитами.

Цель исследования. Оценка метаболической активности микробиоты кишечника у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 121 ребенка первого года жизни. Группу I составили дети от 2 до 30 дней жизни, группу II — дети 1–12 мес жизни.

Результаты исследования. При анализе первичных данных количественного и качественного содержания короткоцепочечных жирных кислот в кале у детей ($n=103$) зарегистрированы 2 типа метаболического профиля: анаэробный тип - у 70% детей и аэробный тип - у 30% детей. Оба типа изменений функциональной активности микробиоты характеризовались наличием тенденции к снижению абсолютного суммарного содержания короткоцепочечных жирных кислот в кале относительно референсных показателей при наиболее значимом снижении у детей с аэробным типом. Выявленные особенности, по-видимому, связаны со снижением численности и активности представителей облигатной микрофлоры, что согласуется с данными других авторов.

При оценке уровней уксусной, пропионовой и масляных кислот, составляющих основу всего пула короткоцепочечных жирных кислот, были получены следующие результаты: при анаэробном профиле - достоверное снижение уровней уксусной и повышение пропионовой и масляной кислот; при аэробном типе - достоверное повышение уксусной и снижение пропионовой и масляной кислот ($p<0,05$ при сравнении с референсными значениями).

Указанные особенности спектра кислот могут быть обусловлены гиперколонизацией и повышением активности анаэробной флоры с преобладанием маслянокислого и пропионовокислого брожения, характерного для бактерий родов бактероидов, пропионабактерий, фузобактерий, эубактерий, и усилением роста клостридий, продуцентов пропионовой и масляной кислот. И, соответственно, при аэробном типе - активизацией аэробных микроорганизмов, представителей факультативной и остаточной микрофлоры, продуцирующих в основном уксусную кислоту.

Анаэробный индекс, рассчитываемый как отношение суммы концентраций всех кислот к концентрации уксусной кислоты, является важнейшим индикатором состояния внутрипрос-ветной среды кишечника и отражает соотношение анаэробных и аэробных, в т. ч. факультативно-анаэробных популяций микробиоты. При его оценке зарегистрировано резкое смещение индекса в сторону отрицательных значений при анаэробном типе и в зону противоположных значений - при аэробном типе ($p < 0,05$ при сравнении с референсными значениями при обоих профилях кислот), что может свидетельствовать о росте соответственно анаэробных или аэробных популяций на фоне снижения активности облигатной флоры в связи с угнетением ферредок-синсодержащих дыхательных ферментов, обеспечивающих их нормальную жизнедеятельность.

Уровень уксусной кислоты (C2) в кале в целом у всех детей составил $0,794 \pm 0,01$ мг/г: в I группе — $0,839 \pm 0,034$ мг/г, во II группе — $0,779 \pm 0,012$ мг/г. Максимальное значение отмечалось в 3–6 мес — $0,823 \pm 0,028$ мг/г. Выявлены различия в содержании C2 в кале между новорожденными и детьми 6–12 мес ($p = 0,02$), между детьми 3–6 и 6–12 мес ($p = 0,04$). Пропионовая (C3) и масляная (C4) кислоты у всех детей составили $0,126 \pm 0,01$ и $0,079 \pm 0,01$ мг/г соответственно.

Наибольший уровень C3 отмечен в 6–12 мес, наименьшие значения — у детей от 3 до 6 мес. Найдена положительная связь между уровнем C3 и возрастом ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Содержание C4 в кале у новорожденных составило $0,046 \pm 0,023$ мг/г, у детей 1–12 мес — $0,091 \pm 0,01$ мг/г ($p = 0,02$); максимальное значение C4 — $0,114 \pm 0,02$ мг/г — отмечалось в 6–12 мес. Выявлена тенденция к увеличению уровня C4 в кале с возрастом. Суммарное содержание кислот в кале составило $6,908 \pm 0,67$ мг/г: в I группе $10,379 \pm 1,87$ мг/г, во II группе — $5,764 \pm 0,61$ мг/г ($p = 0,02$).

Наименьшее суммарное содержание кислот — у детей 3–6 мес ($2,285 \pm 0,05$ мг/г). К 1 году жизни суммарное содержание КЖК уменьшалось ($r = -0,365$; $p < 0,005$). Анаэробный индекс в целом составил $0,319 \pm 0,04$ мг/г, максимальное значение — у детей 6–12 мес, наименьшее — в 3–6 мес.

Особенности становления функциональной активности микробиоты у детей второго полугодия жизни характеризуются наличием двух типов метаболических профилей -анаэробным (70% пациентов) или аэробным (30%). Прием обогащенных бифидобактериями кисломолочных продуктов в сравнении с необогащенным продуктом сопровождается более значимым позитивным влиянием на процессы становления метаболической активности микробиоты кишечника у детей раннего возраста. Выявлено, что биопростокваша наиболее эффективна при анаэробном типе профиля метаболической активности, а биоряженка - при аэробном типе. Последнее может быть использовано для дифференцированного подхода к выбору продукта с целью коррекции различных типов нарушений функциональной активности микробиоты и расстройств кишечной моторики.

Вывод. Метаболическая активность микробиоты кишечника изменяется с возрастом ребенка. Маркер облигатной микрофлоры C2 имеет более высокие значения у новорожденных. Маркер «анаэробизации» — C3 — имеет тенденцию к нарастанию, уровень C4 — достоверное нарастание от периода новорожденности к 1 году жизни.



УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ТОЧНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Зайлобиддинов Иброхим-педиатрический факультет, группа 530 студентов
Научный руководитель: Г.И.Султонов, ассистент кафедры фтизиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс является довольно распространенным неотложным состоянием, так по данным Кибрик Б.С. (2015): в Англии 17 на 100 тыс. человек, в США – 4; в Швеция – 18 соответственно, причем 80% из них это мужчины., причем с возрастом при наличии эмфизематозных элементов частота пневмоторакса возрастает. Особую актуальность приобретает проблема ранней и дифференциальной диагностики пневмотораксов (А. А. Полянцев 2015). По мнению Татура А.А. и Пландовского А. В. (2011) наиболее информативным методом диагностики спонтанного пневмоторакса является МРТ, которая позволяет верифицировать буллезную эмфизему легких в 95 %. Однако в настоящее время не во всех стационарах нашей области имеется указанный аппарат. С этой точки зрения наиболее информативным и экономичным методом диагностики пневмотораксов является ультразвуковое исследование.

Материал и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 206 медицинских карт стационарных и карт пациентов со спонтанным пневмотораксом, пролеченных в хирургических отделениях клиники АГМИ и противотуберкулезного стационара в течение последних 2 лет.

Результаты и обсуждение: анализ изученных карт выявил, что преобладали мужчины - 162(78,6%), в возрасте 20-35 лет – 118 (лица с туберкулезной природой пневмоторакса); 55-60 лет-68 пациентов (спонтанный пневмоторакс после разрыва эмфизематозных булл). У лиц пожилого возраста спонтанный пневмоторакс имел постепенное начало, клиника протекала изподволь- беспокоила небольшая одышка, а у 34 пациентов в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, имеющиеся боли были поводом для госпитализации, однако ЭКГ не установило признаков повторного инфаркта, при проведении УЗИ органов грудной клетки, а в последующем рентгенографии выявили ограниченный левосторонний спонтанный пневмоторакс. У лиц, молодого возраста спонтанный пневмоторакс имел яркую клиническую картину, характерную для активного туберкулеза: кашель, повышение температуры тела, похудание, однако поводом обращения за медицинской помощью послужила сильная боль в грудной клетке. Больные были доставлены в дежурную клинику, проведенное сонографическое исследование установило наличие свободного газа в плевральной полости, после чего в экстренном порядке этим больным оказана экстренная помощь. В последующем, после некоторого улучшения состояния- для оценки эффективности проводимого лечения, выяснения состояния пораженного легкого, определения насколько расправилось легкое (особенно у детей и подростков, когда не было возможности выяснить причину спонтанного пневмоторакса) 74 пациентам проведена магнитно резонансная томография. У 14 детей и подростков на томограммах выявлены буллезные и кистозные изменения в расправленном легком у 7 пациентов



выявлено осложнение пневмоторакса в виде накопления гноя, им в последующем проведено хирургическое вмешательство.

Выводы: пациентам поступивших в экстренном порядке с подозрением на спонтанный пневмоторакс необходимо кроме ЭКГ, проведение ультразвуковой сонографии, этот метод является доступным, экономичным, не имеет лучевой нагрузки и самое главное почти во всех стационарах и поликлиниках имеются аппараты и специалисты, работающие в стационарах круглосуточно. Для выяснения эффективности проводимого лечения, степени расправления пораженного легкого, а также выяснения этиологии спонтанного пневмоторакса необходимо использовать магнитно-резонансную томографию.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ α_1 -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ

Ибрагимов Ф.А, магистр 3 курса, Научный руководитель: Курбанова Д.И.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (аденома предстательной железы, ДГПЖ) – одно из наиболее частых заболеваний мужчин пожилого возраста. Заболеваемость увеличивается с возрастом. Если на аутопсии в возрасте 41–50 лет аденому предстательной железы находят примерно в 20% случаев, то в 51–60 лет – уже в 50%, а в 80 лет и старше – в 90%. Требующие лечения симптомы ГПЖ имеют место у 60% мужчин старше 50 лет.

Цель исследования. Повысить эффективность и безопасность применения α_1 -адреноблокаторов у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе результатов наблюдения, диагностики и лечения 60 больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, получавших различные α_1 -адреноблокаторы (теразозин, альфузозин, тамсулозин).

Результаты исследования. Клиническая эффективность наиболее часто применяемых α_1 -адреноблокаторов (тамсулозин, альфузозин, теразозин) в отношении симптомов нарушенного мочеиспускания и основных уродинамических показателей практически идентична.

Симптоматический эффект после прекращения приема α_1 -адреноблокаторов может сохраняться на протяжении до 2-х месяцев. После прекращения приема α_1 -адреноблокаторов наиболее быстро происходит возврат симптомов накопления и объективных параметров: максимальной

скорости потока мочи, объема остаточной мочи. К концу 1-го месяца после отмены лечения ? показатели суммарного балла выраженности симптомов и симптомов опорожнения сохраняются - на уровне 50 - 60% от исходных значений.

В условиях реальной клинической практики России больные доброкачественной гиперплазией предстательной железы при решении вопроса о выборе метода лечения обследуются недостаточно: международную шкалу оценки симптомов при

заболеваниях простаты (1P88) и индекс качества жизни (ООБ) используют 81% врачей, измерение объема остаточной мочи ультразвуковым методом - 60%, урофлоуметрию — только 37%.

В условиях повседневной клинической практики применения титруемых α 1-адреноблокаторов (теразозин) большинство пациентов (67%) получают низкие дозы препарата (2 мг/сутки). В то же время, у больных с изначально небольшими нарушениями мочеиспускания, применение даже малых доз теразозина способно существенно улучшить симптомы, показатели мочеиспускания и качество жизни.

Нетитруемые α 1-адреноблокаторы (тамсулозин) могут быть использованы в функциональных прогностических тестах оценки эффективности лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Последовательное назначение вазоактивных и вазонеактивных α 1-адреноблокаторов (и наоборот) не влияет на профиль безопасности препаратов и не приводит к увеличению частоты возникновения побочных эффектов.

Согласно данным суточного мониторингирования, по влиянию на индекс времени нагрузки давлением, исследуемые препараты можно разместить в следующей последовательности: теразозин > альфузозин > тамсулозин.

Применение α 1-адреноблокаторов безопасно у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы с отягощенным соматическим статусом, в связи с отсутствием клинически значимых системных побочных эффектов, а также взаимодействия указанных препаратов с основными видами современных гипотензивных средств.

Вывод. Каждая из рассмотренных групп препаратов для лечения ДГПЖ имеет свои достоинства и недостатки. Ингибиторы 5- α -редуктазы действуют медленно, но оказывают стойкий эффект, уменьшая органический компонент инфравезикальной обструкции. α -адреноблокаторы, напротив, оказывают быстрый эффект и воздействуют на динамический компонент обструкции.

Таким образом, эти препараты отлично дополняют друг друга и, что немаловажно, являются фармакологически совместимыми. При хорошей комплаентности долгосрочная терапия комбинацией ингибиторов 5- α -редуктазы и α -адреноблокаторов позволяет избежать необходимости оперативного вмешательства, а значит ассоциированной с ним потери трудоспособности на определённый срок и риска развития осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ С ПРЕПАРАТАМИ УСИЛИВАЮЩИЙ ЭРИТРОПОЭЗ

Ибрагимов Ф.А, магистр 3 курса, Научный руководитель: Курбанова Д.И.

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и медицинской биотехнологии

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. На сегодняшний день главным звеном в патогенезе АХЗ считается гиперпродукция провоспалительных цитокинов, таких как ФНО-альфа, интерлейкины 1, 6, 10, гамма-интерферон. Они приводят к угнетению синтеза эритропоэтина и



значительно снижают его эффекты, направленные на усиление пролиферации и созревания эритроидных предшественников, а также усиливают свободнорадикальные реакции и процессы апоптоза. Выраженность анемии при ВЗК может усиливаться вследствие действия других факторов (повторных эпизодов кровопотерь, влияния лекарственных средств, дефицита витаминов и др.).

По данным литературы, ЖДА наблюдается у 30% населения планеты, а скрытый дефицит железа встречается в 2 раза чаще. В некоторых регионах РУз латентный дефицит железа достигает 50-60%.

Цель исследования. Целью исследования является изучение патогенеза и сопутствующего лечения железодефицитной анемии препаратами, усиливающими эритропоэз.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 60 пациентов с железодефицитной анемией и провели у них патогенетическое и комбинированное лечение препаратами, усиливающими эритропоэз

Результаты исследования. Характеристика больных 1-й (основной) группы, принимавших комбинацию липосомного железа и витамина С: возраст больных - от 25 до 80 лет (средний возраст $47,5 \pm 3,6$ года); женщин - 26, мужчин - 14. Анемия легкой степени тяжести (НЬ 90-109 г/л) была у 26 больных, средний уровень НЬ у этих больных достигал $106 \pm 2,2$ г/л.

Анемия средней степени тяжести (НЬ 70-89 г/л) была у 14 больных, средний уровень НЬ в этой группе достигал $83,1 \pm 1,4$ г/л. Средний уровень НЬ в целом по группе составил $97,9 \pm 2,2$ г/л. Уровень сывороточного железа исходно по группе в среднем достигал $4,9 \pm 1,2$ мкмоль/л, средний уровень ферритина до лечения - $24,45 \pm 10,6$ мкг/л, трансферрина - $2,72 \pm 0,9$ г/л, ретикулоцитов - $4,0 \pm 2,2$ (табл. 2).

В процессе лечения у 8 пациентов, получавших комбинацию липосомного железа и витамина С по 1 капс./сут, в связи с повторяющимися потерями крови (у 6 женщин - обильные менструации, у 1 мужчины с НЯК - выделение крови в стуле), 1 женщина с язвенной болезнью и глютен-чувствительной целиакией) через 1 мес. лечения из-за отсутствия динамики показателей НЬ доза липосомного железа была увеличена до 2-х капс./сут.

Величина прироста НЬ через 1 мес. в целом по группе составила 19,3 г/л, через 2 мес. - 24,3 г/л (при анемии легкой степени величина прироста - 15,3 г/л, при средней степени - 27,4 г/л). Нормализация уровня НЬ в крови через 2 мес. приема препарата отмечена у 24 больных (13 женщин и 11 мужчин). Нарастание уровня НЬ на фоне приема липосомного железа сопровождалось повышением показателей сывороточного железа, уровня трансферрина и числа ретикулоцитов в крови. У 23 пациентов через 2 нед. наблюдался выраженный ретикулоцитарный криз.

Достоверных изменений концентрации ферритина в сыворотке крови через 2 мес. лечения не произошло.

Следует учесть, что нормальные показатели ферритина в сыворотке крови колеблются в широких пределах (от 20 до 200 мкг/л). Исходно у 24 пациентов отмечалось снижение концентрации ферритина в сыворотке < 20 мкг/л, однако у отдельных больных его уровень достигал высоких значений, приближаясь к верхней границе нормы. Возможно, это было связано с комбинацией ЖДА и АХЗ, в



частности, у больных с ВЗК (2 - с ЯК), у 2-х - с менор-рагиями и сальпингоофоритом. Будучи «белком воспаления», ферритин недостаточно специфично отражает запасы железа в организме человека, следствием чего и является отсутствие заметной динамики средних показателей ферритина в нашем исследовании.

Побочных эффектов при приеме комбинации липосомного железа с витамином С зарегистрировано не было. Все пациенты отмечали хорошую переносимость препарата. В основной группе купирование клинических признаков заболевания (общая слабость, головокружение при физических нагрузках) было констатировано уже ко 2-му визиту (через 2 нед.). Такие объективные признаки, как бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония не отмечались на 3-м визите (через 1 мес. от начала лечения).

Анемия легкой степени тяжести отмечена у 28 пациентов, средний уровень НЬ у этих больных составил $99,09 \pm 2,8$ г/л. Анемия средней степени тяжести (НЬ 70-89 г/л) наблюдалась у 12 пациентов, средний уровень НЬ составил $78 \pm 3,2$ г/л. Средний уровень НЬ в целом по группе (40 человек) составил $93,0 \pm 3,1$ г/л. Уровень сывороточного железа исходно по группе достигал в среднем $5,14 \pm 1,3$ ммоль/л. Уровень ферритина до начала лечения был $37,9 \pm 10,2$ мкг/л, трансферрина - $2,59 \pm 1,3$ г/л, ретикуло-цитов - $5,0 \pm 1,7$ 0/00.

Вывод. Таким образом, достижение успеха в лечении ЖДА невозможно без терапии основного заболевания, устранения, по возможности, этиологического фактора, снижения активности патологического процесса и коррекции самой анемии. Лечение анемии должно быть комплексным и включать оптимизацию питания и назначение современных препаратов железа, эффективность которых зависит от выбора препарата и способа его введения.

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЯ КАК МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Иргашева Д.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель. Анализ эффективного использования симуляционных виртуальных технологий как ключевых методов формирования практических навыков и профессиональных компетенций у студентов младших курсов медицинского университета на базе Симуляционно центра в Андижанском Государственном Медицинском институте. Материалы и методы. Симуляционное обучение в медицине может включать различные сценарии, такие как проведение медицинских процедур, оказание первой помощи, диагностика и лечение различных заболеваний и состояний пациентов. Студенты имеют возможность практиковать не только саму процедуру или действие, но и развивать навыки коммуникации, взаимодействия в команде и принятия решений в реальном времени. Симуляционное обучение позволяет создать безопасную среду для практической тренировки, где ошибки могут быть сделаны без реальных последствий. Это помогает студентам и учащимся осознать свои ошибки, изучить их и улучшить свои навыки. Таким образом, симуляционное обучение в медицине является эффективным инструментом для развития практических навыков,

умений коммуникации и работы в команде, что способствует повышению качества оказываемой медицинской помощи. Результаты. Симуляционное обучение в медицинском университете основано на моделировании реальных процессов и имитации реальных случаев. Оно направлено на формирование, совершенствование и отработку практических навыков у студентов. В ходе обучения студенты осваивают не только навыки по уходу за пациентом, но и базовый реанимационный комплекс, а также основы оказания неотложной помощи при различных критических состояниях, таких как обморок, кровотечение, удушье, гипертонический криз. Учебный процесс в симуляционном центре организован таким образом, чтобы студенты полностью освоили теоретический материал и отработали на практических занятиях на тренажерах и манекенах манипуляции и клинические приемы. Это позволяет студентам чувствовать себя увереннее в будущей работе с пациентами. Уход за пациентом и оказание первой помощи – это дисциплины, которые изучаются на начальном этапе обучения в медицинском институте. С первого курса студенты получают знания об анатомо-физиологических особенностях человеческого организма и учатся оказывать помощь пациентам. Однако, освоение практических навыков может быть сопряжено с риском для пациентов и возможным отказом пациентов от манипуляций, проводимых студентами. Для избежания таких рисков используются симуляционные технологии в виде современных модулей. Они позволяют студентам без стресса и без риска для пациента практиковать на тренажерах и отточить свое мастерство. В ходе занятий студенты отрабатывают практические навыки под наблюдением преподавателя, который исправляет ошибки и ставит оценку в соответствии с заданным чек-листом.

Выводы. Таким образом, симуляционное обучение является важным и перспективным методом в медицинском образовании, который подготавливает будущих врачей к реальным клиническим ситуациям и помогает им освоить необходимые навыки и манипуляции. Симуляционное обучение в медицинском образовании позволяет студентам приобретать и развивать эти навыки без риска для пациентов. Оно предоставляет возможность учиться на ошибках, повышает уровень доверия и уверенности учащихся.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Исаков А.А., Вахабов Б.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из наиболее распространенных форм сердечно-сосудистых заболеваний. Она характеризуется ухудшением кровоснабжения сердечной мышцы из-за сужения или блокировки коронарных артерий. Часто ИБС рассматривается как проблема, возникающая у пожилых людей, однако современные исследования показывают, что она также



затрагивает и молодое население. Одной из основных причин развития ИБС у молодых людей являются изменения в симпатoadреналовой системе. Симпатoadреналовая система играет важную роль в регуляции сердечной деятельности и артериального давления. Она состоит из симпатической нервной системы, которая активизирует организм в условиях стресса или опасности, и надпочечников, которые вырабатывают адреналин и норадреналин – гормоны, повышающие артериальное давление и частоту сердечных сокращений.

Цель. Установить взаимосвязи симпатoadреналовой системы с ишемической болезнью сердца (ИБС) у лиц молодого возраста. **Материал и методы.** Проведено клинко-эпидемиологическое исследование в Ферганской области. Анализ факторов риска включал: учет возраста, пола, показателя индекса массы тела, окружности талии, наличие/отсутствие артериальной гипертензии (АГ), курения, наличия нарушений липидного и углеводного обменов. Диагноз ИБС выставлялся на основании трех эпидемиологических критериев: кодирования электрокардиограммы по Миннесотскому коду, опросника Rose и инфаркта миокарда в анамнезе.

Результаты. Распространенность ИБС у лиц молодого возраста составила 9,7%. Наше исследование установили взаимосвязь генетически взаимосвязи симпатoadреналовой и эндотелиальной систем с коронарным атеросклерозом в молодом возрасте. С высоким риском развития атеросклеротической болезни сердца у лиц с генетическим предрасположенностью ($p=0,026$) по родительским линиям.

Заключение. Благодаря эпидемиологическим исследованиям, появляется реальная возможность не только проводить диагностику, но и определять предрасположенность человека к тому или иному заболеванию. Выявление генетической предрасположенности к ИБС, может быть проведено задолго до появления клинических симптомов, что позволяет эффективно предупреждать её.

ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОРБЕНТА.

Йигитов А. А., Юлдашев Х.А., Фозилжонов О.Ш.

Кафедра общей хирургии, анестезиологии—реаниматологии и оториноларингологии факультета переподготовки и повышения квалификации Андижанского государственного медицинского института.

Научный руководитель: заведующей кафедрой профессор Ходжиматов Г. М.
Введение.

Для клинического внедрения любой новой технологии по международным стандартам требуется проведение серии исследований по двум основным направлениям – безопасность с определением возможности влияния на специфические клинко-функциональные параметры и эффективность в плане предполагаемых результатов применения.

Цель исследования: оценить токсичность нового отечественного гемосорбента.
Материалы и методы.

Исследования проведены на 138 белых половозрелых беспородных крысах первого года жизни массой 190 – 300 г и 5 белых кроликах-альбиносах обоего пола, различной массы тела. Для определения параметров острой и хронической токсичности использованы методики и критерии ISSN 2011. После последнего введения водной суспензии препарата (растворенный в физиологическом растворе сорбент) у всех групп животных из хвостовой вены была взята кровь для развернутого анализа гематологических показателей. Затем под общим обезболиванием забирали кровь для развернутых биохимических исследований у животных из полости сердца путем прокола кожи в проекции сердца. В последующем извлекали внутренние органы для морфологических исследований. Экспериментальные исследования проведены с соблюдением правил, принятыми Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или иных научных целей (ETS N 123), Страсбург, 18.03.1986 г. Критериями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, частота сердечных сокращений, по содержанию общего белка, альбумина, активности аспартат-аминотрансферазы (АСаТ) и аланинаминотрансферазы (АЛаТ), креатинина, щелочной фосфатазы, γ -гамма-глутамил-трансферазы, холестерина, общего билирубина и их фракций в сыворотке крови. Исследования физиологических и биохимических показателей проводили после завершения эксперимента. После окончания хронического эксперимента проводились макроскопические и микроскопические исследования внутренних органов. Объектами изучения были: головной мозг, легкие, сердце, печень, почки, надпочечники, селезенка, желудок, поджелудочная железа, тонкий и толстый кишечник, матка, яичники, яичко.

Результаты исследования.

Показателями токсичности служили: поведение животных, выживаемость, время наступления смертельных исходов, появление симптомов интоксикации, местные изменения на коже, динамика массы тела, частота дыхания, гематологические и биохимические показатели крови. Проведенный эксперимент показал, что у животных после введения водной суспензии препарата в дозах 5000, 5500, 6000, 6500, 7000 и 7500 мг/кг изменений в поведении и функциональном состоянии не наблюдалось. Аппетит у животных не нарушался, шерсть гладкая, блестящая. Психосоматические показатели животных не изменялись. Гибели животных и симптомов интоксикации не выявлено. Животные были активны, охотно поедали корм, активно реагировали на раздражители. За время наблюдения в течение 3-х недель симптомов интоксикации у опытных животных и их гибели не выявлено. Животные оставались активными, охотно поедали корм, адекватно реагировали на внешние раздражители.

Заключение.

Проведенный комплекс токсикологических, физиологических и биохимических исследований позволяет сделать вывод о том, что предложенный отечественный вариант углеродного гемосорбента по параметрам острой токсичности при внутрибрюшинном воздействии относится к 4 классу – практически нетоксичное вещество. Исследуемое вещество не оказывает отрицательного эффекта на

гематологические и биохимические показатели крови. Не обнаружено дистрофических, некробиотических и воспалительных изменений у опытных животных, а также достоверных отличий в структуре внутренних органов между опытными и контрольными группами. Выявленные структурные особенности исследованных тканей отражают нормальную функциональную активность внутренних органов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Йигитов А. А., Юлдашев Х.А., Фозилжонов О.Ш.

Кафедра, общей, хирургии, анестезиологии—реаниматологии и оториноларингологии факультета переподготовки и повышения квалификации Андижанского государственного медицинского института. Научный руководитель: заведующей кафедрой профессор Ходжиматов Г. М.

Актуальность: Осложненные формы язвенной болезни непременно ассоциируются с высоким риском смертельного исхода и бесценно занимают лидирующие позиции в структуре летальности при этой нозологии. Исход лечения находится напрямую зависит от наличия ошибок на этапе диагностики и реализации тактического подхода, а также осложнений, возникающих в ходе лечения кровотечений, источником которых являются хроническая язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы: Фундаментом для данного исследования были принципы и стандарты, сформулированные в Национальных клинических рекомендациях по язвенным гастродуоденальным кровотечениям. Ретроспективно исследованы результаты лечения 1404 больных за период 2015-2019 гг. У всех включенных в исследование пациентов источником кровотечения были хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. При поступлении всем пациентам выполнялась экстренная ЭГДС в течение 3 часов. Для остановки продолжающегося кровотечения (Forrest IA и B), а также профилактики рецидива кровотечения (Forrest 2A и B), согласно НКР, применяли комбинацию инъекционного гемостаза, в отдельных случаях, при наличии видимого сосуда - эндоклипирование. В качестве медикаментозного гемостаза пациенты получали Омепразол по схеме: 160мг в виде внутривенного введения по 8 мг/ч. на протяжении трех суток, далее фракционно. Эрадикация *Helicobacter Pylori* проводилась средствами первого ряда (Амоксициллин и Кларитромицин). Контрольная ЭГДС выполнялась в течение первых суток, при условии неустойчивого эндоскопического гемостаза, при неадекватном первичном осмотре или возникновении рецидива кровотечения. Всем пациентам с рецидивом кровотечения в стационаре предпринималась попытка повторного эндогемостаза, в случае неэффективности - эндоваскулярный гемостаз или экстренная операция. В данном случае оптимальный способ остановки кровотечения определялся индивидуально.

Полученные результаты: Общая летальность составила 2.3%. Хирургическая активность - 10.8%. У 120 (8.5%) пациентов в первые сутки стационарного лечения

развился рецидив кровотечения. Вероятной причиной возникновения рецидива у большинства больных было неточное следование программе НКР. Повторный эндоскопический гемостаз с целью остановки рецидивной геморрагии был эффективен у 82 больных, однако потребовал применения дополнительных методов (диатермокоагуляция, Endo Clot). У остальных 26 пациентов возник повторный рецидив кровотечения; настойчивый эндоскопический гемостаз был выполнен в 18 случаев, в 3 случаях проведена транс-артериальная эмболизация. В связи с неэффективностью эндоскопического и медикаментозного гемостаза, было оперировано 17 пациентов, при этом послеоперационная летальность составила 29.4%. Общая летальность у пациентов с рецидивным язвенным кровотечением была на уровне 12.5% (15 пациентов умерло).

Обсуждение и выводы: Основываясь на результатах исследования, можно сделать вывод, что следование НКР существенно сокращает вероятность развития повторного рецидива кровотечения в стационаре. Применение эндоскопического и эндоваскулярного методов гемостаза позволяет избежать операции у пациентов, при впервые возникшем рецидивном язвенном кровотечении. Повторный рецидив кровотечения является грозным осложнением и требует индивидуального тактического подхода, при этом не терпит промедления с выполнением хирургического лечения.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Йигитов А. А., Юлдашев Х.А., Фозилжонов О.Ш.

Кафедра общей хирургии, анестезиологии—реаниматологии и оториноларингологии факультета переподготовки и повышения квалификации Андижанского государственного медицинского института. Научный руководитель: заведующей кафедрой профессор Ходжиматов Г. М. Симультанные оперативные вмешательства в хирургической практике известны очень давно. Впервые о такой операции сообщил А. Claudius в 1735 г.: больному была выполнена аппендэктомия в сочетании с герниопластикой.

Понятие «симультанная операция» появилось в медицинской литературе в 60-е годы прошлого столетия. В 1971 г. М. Reifferscheid употребил этот термин в своей статье «Одновременное вмешательство в брюшной полости — хирургические аспекты». В отечественной литературе в 1976 г. впервые использовали этот термин Л. И. Хнох и И. Х. Фельтшинер. Под симультанными операциями они понимали одновременно проводимые вмешательства на двух органах брюшной полости и более по поводу разных заболеваний. В дальнейшем Н. Н. Малиновский и соавт. **[Ошибка! источник ссылки не найден.]**, Л. В. Поташов, В. М. Седов **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**, дополнили это определение возможностью выполнения симультанных операций из одного или разных хирургических доступов как в животе и забрюшинном пространстве, так и в других полостях и частях тела.

Термин «симультанный» происходит от латинского слова «simul» — «вместе, совместно», английского «simul-taneous» и французского «simultan» —

«одновременный». Симультанная (сочетанная) операция предусматривает выполнение в условиях одной анестезии хирургических вмешательств на двух органах и более по поводу разных, этиологически не связанных между собой заболеваний. Симультанная операция включает в себя основное (как правило, наибольшее по объёму) вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и сопутствующую операцию (операции) по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства. Этапы сочетанных операций на органах живота и забрюшинного пространства выполняются исключительно последовательно. Симультанные лапароскопические операции относятся к числу обширных и сложных. Преимущества симульных лапароскопических операций заключаются в следующем: одновременной коррекции двух или более хирургических заболеваний, при минимальных сроках госпитализации и реабилитации, хорошем косметическом эффекте и снижении числа послеоперационных осложнений. Однако, несмотря на наличие реальных возможностей для оказания необходимого объема медицинской помощи данной категории больных и достижения максимального медико-социального и экономического эффекта, до настоящего времени лишь у 1,5–6% таких пациентов производятся симульные лапароскопические операции.

Невысокий процент симульных лапароскопических операций объясняется несколькими причинами. Прежде всего, неполным предоперационным обследованием пациентов, недостаточной интраоперационной ревизией органов брюшной полости, склонностью хирургов к осуществлению многоэтапного оперативного лечения сочетанных заболеваний, неподготовленностью хирургов и анестезиологов к выполнению расширенного вмешательства

Внедрение новых высоких медицинских технологий позволило выполнять операции менее травматично и сократить сроки их выполнения. СО при нескольких заболеваниях активно внедряли Н.Н. Малиновский с соавт [Ошибка! Источник ссылки не найден.], Л.В. Поташов и В.М. Седов [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Благодаря работам этих хирургов, складывалось положительное отношение к плановым СО в нашей стране. СО составляли 1,5-10% от общего числа операций. Летальность при их выполнении не превышала 1,9-2,9% [Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Все авторы отмечали существенную экономическую эффективность применения СО [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Примерно в это же время СО получили распространение и за рубежом [Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.]. С учетом накопленного опыта их применения появились публикации, обосновывающие классификацию и принципы выполнения СО. Первая классификация СО была предложена в 1971 г. М. Reffersheid [Ошибка! Источник ссылки не найден.] и включала следующие типы операций: абсолютные, превентивные, профилактические, диагностические, вынужденные.

Следовательно, риск симульного вмешательства определяется, в первую очередь, уровнем функциональных резервов пациента, и степень этого риска в

большинстве случаев сопоставима с таковой при изолированном выполнении основного этапа вмешательства [Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Многие авторы убедительно показывают, что непосредственные результаты симультанных операций по целому ряду показателей не уступают результатам аналогичных изолированных вмешательств. Обязательными условиями для этого являются полноценное обследование больного с определением его функциональных резервов, обоснование показаний к сочетанной операции и выбора варианта её выполнения, проведение предоперационной подготовки [Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.]. При соблюдении этих условий хорошие ближайшие результаты различных симультанных вмешательств достигаются в том числе и среди больных пожилого и даже старческого возрастов 3-й группы операционно-анестезиологического риска по классификации ASA [Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Имеются данные о том, что частота ранних осложнений после сочетанных операций достоверно меньше, чем суммарное число осложнений при двухэтапном хирургическом лечении сопоставимых групп больных [Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.,Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Таким образом, анализ литературы позволяет сделать 2 основных вывода. Во-первых, спорные вопросы, касающиеся терминологии и классификации симультанных операций также показаний и противопоказаний к ним, требуют обсуждения, определения и систематизации в целях единого понимания перечисленных аспектов. Во-вторых, очевидные преимущества обоснованных симультанных операций на органах живота являются руководством для увеличения частоты этих вмешательств в современных условиях.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛЕЗНЫХ АСПЕКТОВ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Выполнил: Кадиров Ж.Д.

**Научный руководитель: Солиева М.О. Кафедра педиатрии и неонатологии
факультета Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В наш век, заполненный до краев делами, причем, всегда неотложными, мы часто забываем, что самое главное – вовремя остановится и задуматься над простыми и вечными проблемами: как вырастить здорового и доброго человека. Почему одни дети не боятся простуды, а другие от малейшего переохлаждения заболевают? Только ли здесь дело в том, что у одного организм крепче, а у другого слабее? Что надо предпринять, чтобы ребенок не был подвержен простудным заболеваниям? Необходимо закаливание.

Под закаливанием принято понимать способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям внешней среды. Человеческий организм постоянно



подвергается разнообразным условиям внешней среды: воздуха, солнца, воды. Известно, что условия внешней среды не остаются постоянными. Температура воздуха то резко повышается, то понижается.

Люди по разному реагируют на изменения погоды: одни легко переносят резкую смену холода и тепла – их называют закаленными; другие, напротив, при малейшем изменении погоды чувствуют недомогание, у них появляется насморк, кашель, иногда повышается температура.

Цель исследования. Изучить влияние закаливания на здоровье детей дошкольного возраста в условиях детского сада.

Материалы и методы исследования. В июле-августе 2023 г. среди родителей детей, посещающих ДООУ более 1 года, было проведено анкетирование по вопросам приверженности к проведению закаливающих мероприятий для детей.

Результаты исследования По результатам анкетирования выделено две группы пациентов в возрасте от 3 до 6 лет. Основную группу составили дети, родители которых согласились на проведение комплекса закаливания и прошли его в полном объеме — 61 человек.

Группой контроля послужили дети, родители которых отказались от проведения закаливания своим детям — 75 человек. Каждому пациенту первой группы был разработан индивидуальный комплекс закаливающих мероприятий, включающий в себя сочетание воздушных ванн и водных процедур, проводимый в течение всего наблюдаемого периода. Оценка частоты острых респираторных заболеваний (ОРЗ), продолжительности заболевания, частоты тяжелого течения заболевания проводились через год в сентябре 2019 г.

. Частота ОРЗ у детей основной группы составила в среднем 6 случаев за год (от 3 до 8). Тяжелого, осложненного течения ОРЗ у детей данной группы не зафиксировано. В контрольной группе частота ОРЗ составила в среднем 9,5 случаев за год (от 4 до 12). У 11 человек (15%) наблюдались осложнения в виде наслоения бактериальной инфекции. Продолжительность течения заболевания составила в среднем 8 дней (от 5 до 10) в основной группе и 12 дней (от 7 до 14) в группе контроля соответственно.

Вывод. Анализ психолого-педагогической и медицинской литературы, представленный в первой главе показал, что одно из главных мест в общей системе воспитания и обучения дошкольников занимает система закаливающих процедур. В настоящее время закаливание получило всеобщее признание как одно из действенных средств укрепления здоровья не только взрослых, но и детей. При правильной организации закаливающих процедур в дошкольных учреждениях и применяя вышеперечисленные особенности возможно достижение благоприятного результата в процессе формирования и укрепления здоровья детей.



РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

**Выполнил: Кадиров Ж.Д. Научный руководитель: Солиева М.О. Кафедра
педиатрии лечебного факультета
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Тонзиллофарингит является частым заболеванием в детском возрасте. Среди бактериальных возбудителей основную роль играет beta-гемолитический стрептококк группы А (БГСА). Установлено, что эффективность коротких курсов ряда антибиотиков сопоставима с 10-днев

Жалоба на боль в горле является одним из наиболее частых поводов для обращения за медицинской помощью к педиатру. Основной причиной боли в горле является воспаление небных миндалин и слизистой оболочки глотки — тонзиллофарингит. Данный термин широко используется в научной литературе, несмотря на то, что согласно Международной классификации болезней тонзиллит и фарингит являются отдельными нозологиями.

Цель исследования. Изучение результатов раннего выявления и рациональной антибиотикотерапии стрептококкового тонзилло-фарингита.

Материалы и методы исследования. Обследовано 30 детей средний возраст 4,5 лет и 30 детей средний возраст 9,8 лет, имеющих клиническую картину острого тонзилло-фарингита (в соответствии от 2 до 5 баллов по шкале Сентора). Использовали специфичный экспресс-тест (СЭТ) основанный на ДНК — гибридизации БГСА инфекции и традиционный культуральный метод (ТКМ) бак-посева на среду.

Результаты исследования. При стрептококковом тонзиллофарингите важно не только обеспечить выздоровление пациента от инфекционного заболевания, но и предотвратить развитие поздних осложнений и распространение инфекции. Поэтому целью антибактериальной терапии является эрадикация возбудителя.

Проведенные исследования показали, что высокий уровень эрадикации достигается при использовании 10-дневного курса лечения пенициллином. Такая же длительность курса лечения рекомендуется и при использовании большинства других антибиотиков. Установлено, что в случае нарушения назначенной врачом длительности курса лечения пенициллином эффективность терапии при стрептококковом тонзиллофарингите снижается в среднем на 20%.

Еще более 50 лет назад были проведены исследования, которые показали, что назначенный 10-дневный курс лечения не выполняют подавляющее большинство больных. В одном исследовании было показано, что только 46% детей с тонзиллофарингитом продолжают получать пенициллин на 3-й день терапии, 31% — на 6-й день и 8% — на 9-й день. В аналогичном исследовании показатели были лучше: 81% пациентов принимали пенициллин на 5-й день лечения и 56% — на 9-й день. Авторы изучили факторы, которые влияют на выполнение рекомендаций врача.

Было показано, что длительность курса терапии не зависела от возраста и пола ребенка, оцененной врачом тяжести заболевания и длительности сохранения симптомов. Одновременно было установлено, что на длительность лечения влияли



оценка матерью тяжести состояния ребенка, назначение терапии врачом, длительно наблюдающим ребенка, или другим врачом, а также отношение матери к врачу.

Вывод. Обоснованный подход в лечении острых тонзиллитов помогает экспресс-тест выявления БСГА группы А, который не уступает в чувствительности и специфичности по сравнению с культуральным методом исследования. Широкое применение теста, в повседневной клинической практике обеспечивает раннюю диагностику инфекционного фактора, а значит рациональную схему лечения.

КЛИНИКА СУДОРОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

**Выполнил: Кадиров Ш. студент 527 группы лечебного факультета., Научный
руководитель: Кадиров Х.С. Кафедра пропедевтика детской болезни и
поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Одним из важных практических вопросов при анализе судорожных синдромов у детей является вопрос о факторах риска, способствующих возникновению судорог.

В медицинском понимании под риском подразумевается сочетание условий, которые значительно повышают вероятность утраты здоровья, возникновения; рецидивирования, прогрессирования. болезней и летального исхода.

Основными факторами риска развития судорог у детей являются: биологические-возраст, генетические (моногеннодетерминированные), экогенетические (тератогенные и хромосомо-патогенные), экопатогенные, медико-социальные и медикоорганизационные.

Цель исследования: Целью настоящего исследования явилось изучение роли факторов риска (пре-, пери-, постнатальных вредностей) и наследственной отягощённости в возникновении судорожных состояний в раннем детском возрасте.

Материал и методы: Для решения поставленных задач было проведено клинко-эпидемиологическое обследование 60 детей раннего возраста с судорожными расстройствами. Из них мальчиков 40 (66,7%), девочек 20 (33,3%).

Результаты: Значение наследственных факторов в возникновении судорожных состояний не отрицается, но рассматривается большинством авторов лишь как предрасполагающий. У наших больных наследственная отягощённость выявлена в 18,0% случаев, в том числе эпилепсия у родственников в 3,4% случаев, у одного из родителей – в 7,7% случаев. Другие психические заболевания среди родственников первой степени родства были отмечены в 6,9% случаев.

Многие авторы отмечают, что наследственность является фактором, понижающим судорожный порог мозга ребёнка. Приступы появляются только тогда, когда к этому предрасполагающему фактору присоединяется эпилептическая вредность.

Выводы: Из вышеизложенных данных видно, что в обследуемой группе больных с судорожными состояниями соотношение мальчиков и девочек составило 2:1. Частота встречаемости судорожных состояний среди мальчиков в два раза больше, чем среди девочек, то есть мальчики более подвержены возникновению судорожных

состояний. Судорожные состояния возникают под влиянием совместного воздействия эндо- и экзогенных факторов. Среди эндогенных факторов наиболее важное значение имеет наследственный фактор. Среди экзогенных – наибольшее значение имеют гестозы беременности, родовые травмы, инфекционные заболевания.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВЫХ И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Выполнил: Кадиров Ш. студент 527 группы лечебного факультета., Научный
руководитель: Кадиров Х.С. Кафедра пропедевтики детской болезни и
поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Дефицит железа возникает в результате длительно существующего отрицательного баланса железа, причинами которого являются либо его недостаточное поступление в организм, либо его повышенное расходование, иногда - сочетание обеих причин. Железо - незаменимый микроэлемент, присущий всему живому на земле, оно участвует в осуществлении основных функций жизнеобеспечения.

Цель исследования. В связи с вышеизложенным, целью настоящей работы явилось установление возрастных особенностей метаболизма железа и состояния факторов гемопоэза в норме и при патологии, включая антенатальный период, и совершенствование лабораторно-клинической диагностики его нарушений для обоснования методов эффективного лечения и разработки оптимальных схем профилактики ЖДС на современном этапе.

Материалы и методы исследования. На большом клиническом материале проведено исследование параметров метаболизма железа более чем у 105 детей и подростков.

Результаты исследования. Установлены закономерности становления метаболизма железа в раннем онтогенезе человека, ассоциированные с гестационным возрастом (ГВ) плода. Об этом свидетельствует достоверная корреляция между ГВ и содержанием железа ($r=0,9398$, $p<0,001$), щелочного ферритина ($r=0,9597$, $p<0,001$), растворимого трансферринового рецептора ($r=0,9293$, $p<0,001$), гепсидина ($r=0,8183$, $p<0,001$), эритропоэтина ($r=0,8889$, $p<0,0001$), ферритина эритроцитов ($r=0,9297$, $p<0,001$). Участие основных железосодержащих и железо-регуляторных протеинов в поддержании высокой активности пролиферативных и пластических процессов подтверждается тесной высоко достоверной корреляцией между содержанием железа и щелочного ферритина ($r= -0,894$, $p<0,0001$), щелочного ферритина и растворимого трансферринового рецептора ($r=0,8399$, $p<0,0001$), щелочного ферритина и эритропоэтина ($r=0,9193$, $p<0,0001$), железа и гепсидина ($r=0,8897$, $p<0,001$), ферритина эритроцитов и эритропоэтина ($r=0,9067$, $p<0,0001$), что позволяет использовать показатели уровней щелочного ферритина (ЩФ), растворимого трансферринового рецептора (pТфР) и гепсидина в качестве важных прогностических маркеров нарушений внутриутробного развития плода, а значения эритропоэтина (ЭПО) и ферритина эритроцитов (ФЭ) - для оценки степени гипоксии. Установлено,



что высочайший провоспалительный паттерн цитокинов (ИЛ-6 и ФНО-а) характерен только для раннего эмбриогенеза (до формирования плаценты). Дальнейшая динамика их содержания на протяжении внутриутробного развития плода отражает тонкий и четкий баланс процессов пролиферации, альтерации и апоптоза в раннем онтогенезе человека, на что указывает достоверная прямая корреляция между содержанием ФНО-а и ЩФ ($r=0,9197$, $p=0,00001$), ФНО-а и рТфР ($r=0,8789$, $p<0,0001$).

Выявлена недостаточная продукция как провоспалительных (ФНО-а и ИЛ-6), так и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-8, ИЛ-10) при инфекционно-воспалительных заболеваниях (ИВЗ) плода, свидетельствующая об ограниченной способности плодов в возрасте 19-28 нед гестации к экспрессии цитокинов, формированию иммунного ответа и системной воспалительной реакции.

Вывод. Показано, что у больных с тяжелой степенью ЖДА, хроническими ИВЗ, у детей из неблагоприятного социума целесообразно начинать ферротерапию с парентеральных ферропрепаратов, что позволяет минимизировать сроки восполнения депо железа ($p<0,001$) и пребывания в стационаре ($p<0,01$). Саплементацию витамином В12 и фолатами следует проводить у пациентов со средней и тяжелой степенью ЖДА спустя 7-10 дней от начала приема препаратов железа. Установлено, что даже простые диетические мероприятия (исключение из рациона цельного молока, включение продуктов, богатых железом, их раздельное использование с продуктами, тормозящими абсорбцию железа) позволяют сократить заболеваемость ЖДС у детей раннего' возраста на 16-38%, сроки реабилитации детей и подростков с ЖДА — в 80,7% случаев.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕСПИРАТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И СПОСОБЫ БОРЬБЫ С НИМИ

**Выполнил: Кадиров Ш. студент 527 группы лечебного факультета., Научный
руководитель: Кадиров Х.С. Кафедра пропедевтика детской болезни и
поликлинической педиатрии**

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Синдром дыхательных расстройств у новорожденных (СДР) - дыхательная недостаточность различной степени выраженности, преимущественно у недоношенных детей в первые 2 сут жизни, обусловленная незрелостью лёгких и первичным дефицитом сурфактанта.

Цель исследования. Провести комплексную оценку факторов риска для разработки критериев прогнозирования развития дыхательных расстройств и их инфекционных осложнений у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задач исследования сформированы две выборки новорожденных. Доношенные пациенты ($n=127$) представлены подгруппами здоровых детей без дыхательных расстройств - «контроль 1» ($n=100$) и больными пневмонией - «больные 1», ($n=27$). Группа недоношенных пациентов ($n=81$) представлена недоношенными без дыхательных расстройств -



«контроль 2» (n=27) и больными с респираторным дистресс-синдромом новорожденных - «больные 2» (n=54).

Результаты исследования. В результате проведенных исследований установлены следующие факты. Из клинических показателей существенным фактором для развития пневмонии у доношенных новорожденных является асфиксия. Оценка по шкале Апгар до 7 баллов на 5-й минуте жизни имела статистически значимую разницу (24% в «контроле 1» против 97% у «больных 1», $p=0.001$) и явилась фактором риска развития пневмонии: $OR=82.33$; 95% CI 11.82 -1685.03.

Отметим, что асфиксия при рождении является наиболее важным прогностическим признаком пневмонии. Гестационный возраст в подгруппе больных пневмонией имеет тенденцию к уменьшению до 37-38 недель. Возрастной интервал матерей у пациентов, больных пневмонией, характеризуется такими крайними точками, как 16 лет и старше 36 лет. Последнее подтверждает влияние биологического возраста матери на развитие заболеваний у новорожденных. Масса при рождении как критерий здоровья ребенка также подтвердила свою значимость для прогноза, поскольку видно, что данный параметр у новорожденных, больных пневмонией, находится на крайней границе нормы для доношенных детей (в интервале 2353-2594 г.). Длительный безводный период (более 24 часов) также является фактором риска развития пневмонии. Потребность в проведении респираторной терапии сразу после рождения, сопряженная с асфиксией, приводит к вторичному дефициту

сурфактанта и повреждению легких. Следовательно, логично служит прогностическим признаком развития пневмонии у новорожденных.

Вывод. Факторами риска пневмонии у доношенных новорожденных являются: гестоз, хроническая фетоплацентарная недостаточность, отслойка плаценты, оперативное родоразрешение у матери, мужской пол, асфиксия при рождении. Факторами риска респираторного дистресс-синдрома у недоношенных новорожденных являются: хроническая фетоплацентарная недостаточность, острые воспалительные заболевания матери во время данной беременности.

Аллель С полиморфного локуса 15800T 4 экзона гена БИТВ и аллель в полиморфного локуса 252A>0 гена БТА являются факторами риска развития респираторного дистресс-синдрома новорожденных.

Возможно вычислительное прогнозирование риска развития пневмонии и респираторного дистресс-синдрома у новорожденных с использованием прогностических таблиц. Полиморфные варианты гена И-1Ш ассоциированы с развитием инфекционных осложнений (сепсиса) у новорожденных.

ПСИХИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

**Выполнил: Кадиров Ш, студент 527 группы лечебного факультета., Научный
руководитель: Кадиров Х.С. Кафедра пропедевтики детской болезни и
поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность исследования. Зарубежные и отечественные исследования качества жизни пациентов в отдаленном периоде после оперативного лечения пороков сердца показывают, что в их последующей жизни доминируют социально-психологические проблемы, связанные с особенностями психического здоровья.

Цель исследования: изучить состояние психического здоровья и социальной адаптации детей и подростков с врожденными пороками сердца с последующей разработкой комплексных реабилитационных программ.

Методы исследования. Клинико-психопатологический метод являлся основным и включал клинико-anamnestическое исследование, собственно клинико-психопатологическое обследование (оценка симптомов и синдромов) с оценкой состояния развития детей в возрасте до 4-х лет по шкалам Гезелла; клинико-динамическое (оценка динамики клинических проявлений до и после оперативного лечения) и клинико-катамnestическое исследование (оценка симптомов и синдромов в отдаленном послеоперационном периоде).

Результаты исследования. Для сравнения частоты и структуры психических нарушений у детей с врожденными пороками сердца и в детской популяции были сформированы две сопоставимые по возрасту группы.

Основная группа в количестве 42 детей в возрасте 5-7 лет составлена из пациентов, поступивших на оперативное лечение порока сердца. У пациентов с ВПС психические расстройства были более распространены, чем у детей из группы сравнения (83,3% и 61,8% соответственно, $p < 0,05$).

У детей с ВПС, чаще, чем у воспитанников детского сада, регистрировались органические психические расстройства (11,9% и 1,8% соответственно, $p < 0,05$), смешанные специфические расстройства психологического развития (23,8% и 7,3% соответственно, $p < 0,05$), расстройства поведения и эмоций (26,1% и 9,1% соответственно, $p < 0,05$).

Психические нарушения донозологического уровня чаще регистрировались в группе сравнения, чем среди больных ВПС (10,9% и 2,4% соответственно), не достигая уровня значимых различий. Число больных детей, имеющих два и более пограничных нервно-психических расстройства, было значительно выше у пациентов с врожденными пороками сердца, чем у воспитанников детского сада (61,9% и 16,4%, $p < 0,001$).

При обследовании 179 детей и подростков с врожденными пороками сердца психические нарушения различного уровня диагностированы у 135 (75,4%) детей и подростков, что намного превышает показатели распространенности в популяции. Наиболее часто диагностировались непсихотические психические расстройства (60,9% - 109 чел.), на втором месте - умственная отсталость (8,4% - 15 чел.).

Нарушения донозологического уровня диагностированы у 6,1% пациентов (n=11) в виде проявлений минимальной мозговой дисфункции и невротических реакций.

Среди пограничных психических расстройств наиболее часто (24,1% - 43 чел.) диагностировались нарушения познавательной деятельности, соответствующие диагностическим рубрикам МКБ-10 F83, F88 «Смешанные специфические расстройства психологического развития».

На втором месте по частоте выявления стояли поведенческие и эмоциональные расстройства детского возраста (F90), чаще представленные синдромом гиперактивности с нарушением внимания (17,3% - 31 чел.).

Вывод. В более поздних работах основное внимание уделялось состоянию интеллектуальной сферы, в том числе было установлено, что при пороках «синего» типа когнитивные нарушения более выражены. Однако это не может полностью объяснить значимость влияния особенностей психического состояния детей на их социальную адаптацию, о чем свидетельствуют единичные исследования.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С БЫСТРЫМ НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Выполнил: Курбонов М.Х. магистр 3 курса Научный руководитель:
Усманова Н.А. Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. С середины XIX века основным методом лечения гипертрофии глоточной миндалины является хирургический, а именно: аденотомия. Следует отметить, что «стандартную» аденотомию, являющуюся самой распространенной операцией на глоточном кольце, нельзя считать легко выполнимой и эффективной. Так, в руководствах по оториноларингологии, носоглотка описывается как наиболее труднодоступная для обзора анатомическая область, а метод ее осмотра - задняя риноскопия - как сложный метод исследования.

В условиях развития современных медицинских технологий произошла эволюция методов хирургического лечения гипертрофии глоточной миндалины. На смену «стандартной» аденотомии пришли и занимают прочное место альтернативные методики, основанные на визуальном контроле операционного поля. Анализ отечественной литературы свидетельствует, что в настоящее время в большинстве клиник России используются как «стандартная» аденотомия, которая имеет очевидные недостатки и не всегда обеспечивает ожидаемый эффект, так и современные методики, использующие визуальный контроль и общее обезболивание.

Использование эндоскопической аденоидэктомии позволяет при помощи микродебредера оптимально удалить лимфаденоидную ткань носоглотки под контролем 70° эндоскопа, введенного трансорально, и предполагает применение эндотрахеального наркоза, более длительное пребывание пациентов в стационаре и наличие специального оборудования. Преимущества предлагаемого метода в сравнении со «стандартной» аденотомией требуют экспериментального подтверждения.



Цель исследования. Изучить динамику клинико-функциональных показателей, характеризующих состояние полости носа и среднего уха, у детей с диагнозом аденоиды II-III степени до и после сравниваемых методов хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Для выполнения задач, мы обследовали 70 детей в возрасте от 5 до 17 лет, которые находились на лечении в клинике АГМИ в 2021—2024 гг. Всем пациентам были выполнены различные эндоскопические хирургические вмешательства в полости носа и околоносовых пазухах.

Результаты исследования. Применение эндоскопической аденоидэктомии у детей с диагнозом аденоиды II-III степени обеспечивает восстановление параметров назальной вентиляции до аналогичных показателей здоровых детей и нормализацию функции среднего уха через 3-4 недели, а также обеспечивает отсутствие рецидивов и процидивов в отдаленном послеоперационном периоде.

У пациентов, готовящихся к оперативному вмешательству по поводу гипертрофии глоточной миндалины II-III степени, сочетающейся с нарушением вентиляции среднего уха, аномалиями развития лицевого скелета и речевыми нарушениями, храпом и САС, целесообразным является применение эндоскопической аденоидэктомии.

Эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки должно входить в обязательном порядке в протокол обследования детей с аденоидитами для решения вопроса о выборе методов лечения.

При необходимости дети должны направляться на аллергологическое обследование и при подтверждении диагноза дальнейшее лечение следует осуществлять совместно с аллергологом.

При выборе метода хирургического вмешательства по поводу аденоидита и гипертрофии лимфоидных элементов носоглотки предпочтение необходимо отдавать методикам, позволяющим осуществлять визуальный, т.е. эндоскопический контроль операционного поля.

Применение ПАР позволяет объективно оценить степень обструкции и/или свободы назальной вентиляции до и после курса лечения по поводу патологии глоточной миндалины. Предложенные возрастные показатели назальной вентиляции у здоровых детей можно использовать в качестве определяющих выбор метода лечения аденоидных вегетаций II-III степени. ТМ-исследование необходимо проводить всем пациентам с гипертрофией глоточной миндалины для определения заинтересованности среднего уха и, следовательно, выбора тактики лечения, а также для оценки его эффективности. Использование ПАР и ТМ у детей с гипертрофией глоточной миндалины не имеют противопоказаний и обеспечивают комплексную оценку функциональных параметров полости носа и среднего уха.

Вывод. С помощью клинических и функциональных методов исследования подтверждена высокая эффективность эндоскопической аденоидэктомии у детей с диагнозом аденоиды II-III степени.

Полученные показатели назальной вентиляции здоровых детей подтверждают необходимость более широкого применения ПАР для диагностики функциональных изменений полости носа у пациентов с различной патологией лор-органов.



Сочетание ПАР и ТМ обеспечивает комплексную оценку состояния полости носа и среднего уха пациентов с патологией носоглотки, очень просто в применении, хорошо переносится и не имеет противопоказаний.

Таким образом, своевременная диагностика, включающая проведение эндоскопического исследования носоглотки, дает возможность определить причины, приводящие к развитию аденоидита, и выбрать в каждом конкретном случае оптимальную схему лечения.

ДИАГНОСТИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ С БЫСТРЫМ НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Выполнил: Курбонов М.Х. магистр 3 курса Научный руководитель:
Усманова Н.А. Кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. По данным ВОЗ, более 15% детей имеют клинические признаки аллергии. Достаточно часто аллергические заболевания сочетаются с воспалением глоточной миндалины. Увеличение аденоидной ткани усугубляется наличием аллергического воспаления, что приводит к нарушению носового дыхания, не поддающегося стандартному комплексу лечения интраназальными средствами.

Широкое внедрение эндоскопии в течение последних двух десятилетий и стремительное развитие анестезиологической техники подняли данный вид оперативного вмешательства на качественно иную ступень.

Цель исследования. Оценить значение и необходимость эндоскопического обследования носа и носоглотки у детей с аденоидитами, в том числе и у пациентов аллергическими заболеваниями верхних дыхательных путей.

Материалы и методы исследования. С целью повышения эффективности и безопасности лечения детей с хроническими заболеваниями носа и околоносовых пазух нами проанализированы результаты одномоментной аденотомии при выполнении ЭО у 70 детей в возрасте от 5 до 17 лет, которые находились на лечении в клинике АГМИ в 2021—2024гг. Всем пациентам были выполнены различные эндоскопические хирургические вмешательства в полости носа и околоносовых пазухах.

Результаты исследования. У 89% здоровых пациентов регистрируются аденоидные вегетации I степени при отсутствии клинической картины, нормальных показателей назальной вентиляции и нормальной функции среднего уха.

У детей с диагнозом аденоиды II-III степени отмечается затруднение носового дыхания на 30-62% и нарушение вентиляции среднего уха в 58-59% случаев. «Стандартная» аденотомия у детей с диагнозом аденоиды II-III степени через 3-4 недели приводит к улучшению носового дыхания на 28-30% и обеспечивает нормализацию функции среднего уха у 39% пациентов, в отдаленном послеоперационном периоде сопровождается рецидивами в 50% случаев. Применение эндоскопической аденоидэктомии у детей с диагнозом аденоиды II-III степени обеспечивает восстановление параметров назальной вентиляции до аналогичных показателей здоровых детей и нормализацию функции среднего уха



через 3-4 недели, а также обеспечивает отсутствие рецидивов и процидивов в отдаленном послеоперационном периоде.

У пациентов, готовящихся к оперативному вмешательству по поводу гипертрофии глоточной миндалины II-III степени, сочетающейся с нарушением вентиляции среднего уха, аномалиями развития лицевого скелета и речевыми нарушениями, храпом и САС, целесообразным является применение эндоскопической аденоидэктомии.

Применение ПАР позволяет объективно оценить степень обструкции и/или свободы назальной вентиляции до и после курса лечения по поводу патологии глоточной миндалины. Предложенные возрастные показатели назальной вентиляции у здоровых детей можно использовать в качестве определяющих выбор метода лечения аденоидных вегетаций II-III степени. ТМ-исследование необходимо проводить всем пациентам с гипертрофией глоточной миндалины для определения заинтересованности среднего уха и, следовательно, выбора тактики лечения, а также для оценки его эффективности. Использование ПАР и ТМ у детей с гипертрофией глоточной миндалины не имеют противопоказаний и обеспечивают комплексную оценку функциональных параметров полости носа и среднего уха.

Эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки должно входить в обязательном порядке в протокол обследования детей с аденоидитами для решения вопроса о выборе методов лечения.

При необходимости дети должны направляться на аллергологическое обследование и при подтверждении диагноза дальнейшее лечение следует осуществлять совместно с аллергологом.

При выборе метода хирургического вмешательства по поводу аденоидита и гипертрофии лимфоидных элементов носоглотки предпочтение необходимо отдавать методикам, позволяющим осуществлять визуальный, т.е. эндоскопический контроль операционного поля.

Таким образом, своевременная диагностика, включающая проведение эндоскопического исследования носоглотки, дает возможность определить причины, приводящие к развитию аденоидита, и выбрать в каждом конкретном случае оптимальную схему лечения.

Вывод. Использование эндоскопа с трансляцией изображения операционного поля в HD-качестве на большой монитор в настоящее время позволяет, с одной стороны, тщательно удалить лимфаденоидную ткань носоглотки с целью достижения максимально возможного восстановления носового дыхания и функции слуховой (евстахиевой) трубы, а с другой – наиболее деликатно работать в таких зонах как задние отделы перегородки носа, трубный валик и др. во избежание ранних (кровотечения) и поздних (рубцовые изменения) осложнений. Только при эндоскопических операциях стало возможным использование таких высокотехнологичных инструментов как микродебридер, или шейвер, хирургический лазер, холодноплазменные и радиочастотные инструменты.

Применение же общей анестезии на современном уровне не повышает риска операции, однако делает лечение психологически приемлемым для маленького пациента.



В заключение необходимо отметить, что вероятность рецидива (повторного «разрастания») аденоидов при эндоскопической аденотомии снижается с 20-30% (при «классической» аденотомии) до 1-2%, что подтверждено крупными исследованиями отечественных и зарубежных авторов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА В ХИРУРГИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Выполнил: Кучкаров М.Ю.

**Научный руководитель: Абдуллажанов Б.Р. Кафедра хирургических болезней
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Несмотря на несомненные успехи хирургии, даже в настоящее время, гемостаз при кровотечении из паренхиматозных органов брюшной полости остается сложной и не до конца решенной проблемой, а травма живота является самой частой причиной интраабдоминальных кровотечений, составляя в их структуре 44 - 53%.

Особое значение проблема гемостаза приобретает в военно-полевых условиях, при массовых стихийных бедствиях, когда операции на паренхиматозных органах выполняют хирурги, не имеющие достаточного опыта, время ограничено, а существующие методы интраоперационного гемостаза не позволяют надежно и быстро остановить кровотечение.

Контакт кровоточащей поверхности с гемостатическим препаратом является самым простым и частым способом остановки паренхиматозного кровотечения. Однако сведения об эффективности местных гемостатиков остаются противоречивыми. Разные исследователи нередко субъективно оценивают разработанные в их коллективах способы остановки кровотечения с применением разных фармакологических препаратов. Поэтому изучение вопросов, связанных с методиками гемостаза – актуальная.

Цель исследования. Провести экспериментальную и клиническую оценку основных медико-биологических и фармакотерапевтических свойств гемостатического лекарственного средства «Алюфер» кровотечениях при паренхиматозных органах.

Материалы и методы исследования. Для выполнения диссертационного исследования была разработана программа исследования, которая включала экспериментальный и клинический этапы.

В ходе настоящего исследования был проведен анализ современных российских и иностранных литературных источников, а также актуальных научных работ в области хирургии, содержащих информацию о гемостатических средствах, применяемых в современной хирургической практике.

Результаты исследования. Разработка способов остановки кровотечения при травме живота представляет одну из ведущих проблем в хирургии повреждений. Это объясняется важностью функций наиболее часто травмируемых органов (печени, селезенки, поджелудочной железы, почек), анатомическим их строением и обильным кровоснабжением. Надежный гемостаз является важнейшим условием



благоприятного исхода лечения. Исход лечения зависит от объема, степени распространения повреждений, а также от объема хирургического вмешательства, качества и своевременности оказания специализированной помощи пострадавшим.

Из всего выше изложенного следует, что совершенствование методов местного гемостаза при травме живота представляет важную задачу современной хирургии. Помимо быстрой остановки кровотечения, эти методы должны обеспечить условия для быстрой регенерации и восстановления функциональной способности органов, предупреждения развития послеоперационных осложнений. Любое улучшение результатов оперативного лечения пациентов с травмой живота, уменьшение числа послеоперационных осложнений, в том числе связанных с рецидивом кровотечения, будет способствовать снижению летальности от травм. Поэтому исследования, проводимые в этом направлении, включая использование местных гемостатических средств и новых кровесберегающих технологий, являются высоко актуальными и современными.

Вывод. В современной хирургической практике существует широкий спектр гемостатических средств, которые представлены различными биологическими и синтетическими соединениями, материалами, продуктами и их комбинациями, отличающимися химическими и физическими свойствами, механизмом действия, стоимостью, условиями и способом применения. Однако не существует идеального гемостатика, который позволил бы достичь эффективного гемостаза в абсолютном большинстве клинических ситуаций, сопряженных с риском хирургического кровотечения. В связи с этим в настоящее время все еще остро стоит вопрос о необходимости поиска новых и усовершенствованных гемостатических средств и их комбинаций, обеспечивающих быстрый и эффективный гемостаз в условиях хирургического вмешательства.

ОЦЕНКА МЕСТНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ХИРУРГИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

**Выполнил: Кучкаров М.Ю. Научный руководитель: Абдуллажанов Б.Р. Кафедра
хирургических болезней
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В настоящее время ранения и травмы паренхиматозных органов являются одним из наиболее тяжелых видов хирургической патологии. Повреждения печени при закрытых абдоминальных травмах встречаются в пределах от 20 до 47%, при проникающих – от 57 до 86%. Актуальной проблемой современной хирургии является надежный гемостаз при травматических повреждениях и выполнении хирургических вмешательств на печени.

Для осуществления гемостаза предложено множество способов, технических приемов и материалов: наложение гемостатических швов, сдавление паренхимы кетгутовой сеткой, применение гемостатической губки, электрокоагуляция и др. Однако несмотря на то, что за последние десятилетия в хирургии печени достигнут значительный прогресс, вопросы остановки кровотечения из паренхиматозных органов остаются нерешенными.



Цель исследования. Провести экспериментальную и клиническую оценку основных медико-биологических и фармакотерапевтических свойств гемостатического лекарственного средства «Алюфер» кровотечениях при паренхиматозных органах.

Материалы и методы исследования. В ходе настоящего исследования был проведен анализ современных российских и иностранных литературных источников, а также актуальных научных работ в области хирургии, содержащих информацию о гемостатических средствах, применяемых в современной хирургической практике.

Результаты исследования. В настоящее время существует широкий спектр гемостатических средств, которые применяются с общей целью – улучшить и ускорить коагуляцию при минимизации побочных эффектов. В хирургической практике к гемостатикам предъявляются определенные требования, а именно: идеальный гемостатик должен быстро и эффективно останавливать кровотечение (<1 мин) и предотвращать его при последующих манипуляциях, демонстрировать высокую биосовместимость и биобезопасность, быть удобным в использовании.

Современные кровоостанавливающие средства по воздействию на систему гемостаза классифицируются на специфические и неспецифические. К первой категории относят средства, которые имеют в составе соединения, непосредственно активирующие гемостаз или участвующие в системе коагуляции. Ко второй категории относят кровоостанавливающие материалы, которые оказывают на систему свертывания крови не прямое влияние, усиливая гемостаз благодаря своим физическим или химическим свойствам. К последней группе также можно отнести гемостатики, содержащие вещества, местно суживающие сосуды (например, адреналин), и перекись водорода. В отдельную категорию выделяют комбинированные гемостатические средства, сочетающие в себе два или более из указанных выше гемостатических соединения или материала.

С практической точки зрения наибольший интерес представляет классификация, основанная на механизме действия гемостатических средств и связанная с методикой и условиями их применения. Согласно данной классификации, различают гемостатики резорбтивного и местного действия. Гемостатический эффект кровоостанавливающих средств системного действия наступает при введении или всасывании препаратов данной группы в кровоток, а локального действия – при их непосредственном контакте с кровоточащими тканями.

Вывод. Таким образом, препараты первой группы широко применяются как при внутреннем и наружном кровотечении, так и в случае отсутствия явного источника, а также при системных сдвигах в системе гемостаза, тогда как местные гемостатики представляют наибольший интерес при наружном кровотечении и в ситуациях, когда есть непосредственный доступ к источнику кровотечения.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА В ХИРУРГИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

**Выполнил: Кучкаров М.Ю. Научный руководитель: Абдуллажанов Б.Р. Кафедра
хирургических болезней
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Несмотря на несомненные успехи хирургии, даже в настоящее время, гемостаз при кровотечении из паренхиматозных органов брюшной полости остается сложной и не до конца решенной проблемой, а травма живота является самой частой причиной интраабдоминальных кровотечений, составляя в их структуре 44 - 53%.

Особое значение проблема гемостаза приобретает в военно-полевых условиях, при массовых стихийных бедствиях, когда операции на паренхиматозных органах выполняют хирурги, не имеющие достаточного опыта, время ограничено, а существующие методы интраоперационного гемостаза не позволяют надежно и быстро остановить кровотечение.

Контакт кровоточащей поверхности с гемостатическим препаратом является самым простым и частым способом остановки паренхиматозного кровотечения. Однако сведения об эффективности местных гемостатиков остаются противоречивыми. Разные исследователи нередко субъективно оценивают разработанные в их коллективах способы остановки кровотечения с применением разных фармакологических препаратов. Поэтому изучение вопросов, связанных с методиками гемостаза – актуальная.

Цель исследования. Провести экспериментальную и клиническую оценку основных медико-биологических и фармакотерапевтических свойств гемостатического лекарственного средства «Алюфер» кровотечениях при паренхиматозных органах.

Материалы и методы исследования. Для выполнения диссертационного исследования была разработана программа исследования, которая включала экспериментальный и клинический этапы.

В ходе настоящего исследования был проведен анализ современных российских и иностранных литературных источников, а также актуальных научных работ в области хирургии, содержащих информацию о гемостатических средствах, применяемых в современной хирургической практике.

Результаты исследования. Разработка способов остановки кровотечения при травме живота представляет одну из ведущих проблем в хирургии повреждений. Это объясняется важностью функций наиболее часто травмируемых органов (печени, селезенки, поджелудочной железы, почек), анатомическим их строением и обильным кровоснабжением. Надежный гемостаз является важнейшим условием благоприятного исхода лечения. Исход лечения зависит от объема, степени распространения повреждений, а также от объема хирургического вмешательства, качества и своевременности оказания специализированной помощи пострадавшим.

Из всего выше изложенного следует, что совершенствование методов местного гемостаза при травме живота представляет важную задачу современной хирургии.

Помимо быстрой остановки кровотечения, эти методы должны обеспечить условия для быстрой регенерации и восстановления функциональной способности органов, предупреждения развития послеоперационных осложнений. Любое улучшение результатов оперативного лечения пациентов с травмой живота, уменьшение числа послеоперационных осложнений, в том числе связанных с рецидивом кровотечения, будет способствовать снижению летальности от травм. Поэтому исследования, проводимые в этом направлении, включая использование местных гемостатических средств и новых кровесберегающих технологий, являются высоко актуальными и современными.

Вывод. В современной хирургической практике существует широкий спектр гемостатических средств, которые представлены различными биологическими и синтетическими соединениями, материалами, продуктами и их комбинациями, отличающимися химическими и физическими свойствами, механизмом действия, стоимостью, условиями и способом применения. Однако не существует идеального гемостатика, который позволил бы достичь эффективного гемостаза в абсолютном большинстве клинических ситуаций, сопряженных с риском хирургического кровотечения. В связи с этим в настоящее время все еще остро стоит вопрос о необходимости поиска новых и усовершенствованных гемостатических средств и их комбинаций, обеспечивающих быстрый и эффективный гемостаз в условиях хирургического вмешательства.

ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Мадаминов О.А., Научные руководители: Аграновский М.Л., Азимова Г.А. Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и с курсом психотерапии

Андижанский государственный медицинский институт

Резюме,

Профилактика алкоголизма, которые в последнее время распространяются с необычайной скоростью, может и должна проводиться на различных стадиях развития процесса, и от этого зависит выбор эффективных методов.

Профилактика алкоголизма может быть эффективной, только тогда когда она осуществляется комплексно и системно, а не представляет собой разрозненные программы, различные по концептуальной основе и структуре. Наша работа должна начинаться на коррекции неправильного воспитания на ранних этапах развития личности и заканчиваться на финансировании программ по борьбе с незаконным распространением алкогольных веществ.

Цель исследования. Определение эффективности занятий по профилактике алкогольной зависимости в подростковом возрасте.

Материалы и методы исследования. Объект исследования: процесс профилактики алкоголизма среди подростков.

Предмет исследования: педагогические условия эффективности профилактики алкоголизма среди подростков



Результаты исследования. Анализ результатов опроса показал, что большинство учащихся (76,5%) не считают употребление своими одноклассниками алкоголя негативным проявлением, 55,7 % заявили, что систематическое употребление спиртных напитков не является основанием для прекращения дружбы, и лишь 13,4 % считают для себя неприемлемым дружеское общение со сверстниками, употребляющими алкоголь

При этом результаты опроса родителей показывают, что при общей озабоченности родителей проблемой употребления несовершеннолетними алкоголя отмечается их недостаточная осведомленность о вовлеченности в эту проблему собственного ребенка, а также неадекватное ситуации осознание роли семьи в процессе предотвращения ранней алкоголизации подрастающего поколения

Проанализировав существующие определения профилактики, в своем исследовании под профилактикой алкоголизма среди подростков мы понимаем процесс целенаправленного воздействия на личность, направленный на формирование системы ценностей, взглядов и установок, препятствующих алкоголизации подростка

На основе рассмотренных нами подходов (в отечественной и зарубежной педагогической практике) сложились собственные модели профилактики употребления психоактивных веществ, в том числе и алкоголя, разработаны многочисленные профилактические программы.

Комплексность разрабатываемого нами подхода к определению содержания профилактики алкоголизации молодежной среды заключается в двух аспектах

- во-первых, она обуславливается стремлением к всестороннему учету многообразия причин и факторов риска, способствующих приобщению к употреблению алкоголя,

- во-вторых, комплексность заключается также в организации профилактического процесса, реализуемого на различных уровнях личностном и средовом

Индивидуализация как принцип педагогической деятельности позволяет эффективно вскрыть и потенциальные возможности детей риска адаптационные нарушения в развитии, выявить их «позитивные» стороны, на которые можно опираться в ходе воспитательно-образовательной работы. Ведь неблагополучие биологических и социальных предпосылок в развитии в определенной - и значительной - степени может быть сглажено, нивелировано при создании соответствующих педагогических условий

Поэтому на первом этапе опытно-экспериментальной работы -исследования психологических особенностей личности и социального взаимодействия подростков мы использовали методику А Н Орла по определению склонности к отклоняющемуся поведению (СОП), а также метод личностных конструкторов Дж Келли

Исследование половых различий показало, что у женской части подвыборки выявлен более высокий балл (40,0 балла) по шкале «склонность к аддиктивному поведению», чем у мужской (42,6 балла) Это свидетельствует о том, что у женского пола социальный контроль поведенческих реакций выше, чем у мужского

Полученные данные по методике Дж Келли позволили сделать вывод о наличии у исследуемой группы подростков установок на употребление алкоголя, склонности



связывать алкоголь с удовольствием, радостью, дружеским общением и недооценивать степень его вреда для организма

Полученные в ходе исследования особенностей личности подростков и их социальных установок результаты легли в основу профилактической работы в лагере

Подавляющее большинство участников опытной работы по ее окончанию выбрали конструкт «здоровье - трезвость», что свидетельствует о прогрессе установки на здоровый образ жизни

Таким образом, динамика полученных результатов свидетельствовала о положительных изменениях по основным выделенным показателям и подтвердила выдвинутую нами гипотезу

Вывод. Профилактика алкоголизма на уровне семьи включает в себя комплекс мероприятий: организационных, социальных, психолого-педагогических и медицинских. Профилактика алкоголизма на уровне семьи осуществляется за счет использования игровых тренинговых занятий, направленных на совместную творческую деятельность.

Следовательно, профилактика алкоголизма на уровне семьи и технологии коррекции семейных взаимоотношений многочисленны, их выбор определяется спецификой конкретной ситуации, особенностями членов семьи, профессиональной компетентностью социального работника.

Со временем каждый опытный специалист по-своему модифицирует методики, создает собственную систему форм, методов, средств работы. Сущность всех применяемых способов социальной работы - профилактика семейного алкоголизма.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ

**Маматалиева М, студентка 5 курса, Махмудова Б.Ш., Алимова Г.М. Факультет
кафедры педиатрии и неонатологии Андижанский государственный
медицинский институт**

Актуальность. В мире опубликованы единичные статьи, касающиеся случаев COVID-19 в детской популяции, все они описывают в основном пациентов из Китая, поэтому в данном обзор чаще других тоже будут упоминаться пациенты именно этой страны.

Единичные пациенты зарегистрированы с симптомами поражения нижних дыхательных путей (бронхитами, при этом не было ни одного случая вирусной пневмонии).

Цель исследования. Определение места коронавирусной инфекции в этиологической структуре КРИ у госпитализированных детей и описание диагностических особенностей ее течения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 2 группы пациентов, сопоставимых по возрасту, срокам начала болезни, преморбидному фону, со среднетяжелым и тяжелым неосложненным течением болезни - получавших (Ia) и не получавших (IIa) антибактериальные препараты.



Результаты исследования. Дети с бессимптомной формой заболевания изолируются дома. В домашних условиях лечатся пациенты с подозрением на COVID-19 и больные легкой степени тяжести.

Больные со среднетяжелым и тяжелым течением болезни госпитализируются в специализированный инфекционный стационар. Пациенты с дыхательной недостаточностью II и большей степени, тяжелым течением пневмонии, критическими состояниями должны быть переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Критерии: температура выше 38,5°C в день обращения или выше 38,0°C в течение 5 дней и больше, дыхательная недостаточность – учащенное поверхностное дыхание, одышка, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, раздувание крыльев носа при дыхании, кряхтящее или стонущее дыхание, хрипы, кивательные движения головы, синхронные со вздохом, и др.;

тахикардия (увеличение частоты сердечных сокращений), геморрагическая сыпь, судороги, шок, тяжелая дыхательная недостаточность, тяжелое обезвоживание, сонливость или возбуждение, наличие тяжелого фонового заболевания – иммунодефицитного состояния, онкологического заболевания, болезни с нарушениями системы свертывания крови, заболевания сердца, легких, болезни эндокринной системы (сахарный диабет, ожирение), печени, почек, желудочно-кишечного тракта;

невозможность изоляции при проживании с лицами из групп риска, отсутствие условий для лечения на дому или гарантий выполнения рекомендаций (проживание в общежитии, учреждении социального обеспечения, пункте временного размещения, в социально неблагополучной семье, при наличии неблагоприятных социально-бытовых условий).

Вывод. В случае выявления коронавируса у ребенка в зависимости от формы заболевания применяются симптоматическое лечение, кислородная терапия, искусственная вентиляция легких, антибиотикотерапия, назначаются противовирусные препараты, антикоагулянты (лекарства, угнетающие активность свертывающей системы крови и препятствующие образованию тромбов) и т.д.

КЛИНИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАВИРУСА У ДЕТЕЙ

Маматалиева М, студентка 5 курса, Махмудова Б.Ш.

Факультет кафедры педиатрии и неонатологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Детское здоровье всегда находится в фокусе внимания родителей и врачей, а во время пандемии это приобретает особую актуальность. Вокруг ковида есть много мифов о серьезных рисках или, наоборот, абсолютной безопасности для ребенка.

В этой статье освещены все интересующие вопросы по поводу того, как влияет коронавирус на детей, а информация основана только на доказанных фактах и мнениях уважаемых педиатров.

Цель исследования. На основании результатов практической работы медицинской организации АОДБ в условиях пандемии проанализировать особенности распространения и клинической картины течения патологического процесса новой коронавирусной инфекции у пациентов детского возраста.

Материалы и методы исследования. Под тщательным наблюдением находились 58 (58%) мальчиков и 42 девочки. Все 100% детей были на карантине по заболеванию не менее 14 дней, включая тех, у кого полностью отсутствовали симптомы. Выписка ребенка производилась после 2 отрицательных результатов ПЦР (материал из зева, носа) с интервалом 1 день по истечении 14-дневного карантина.

Выраженность симптомов болезни. У 11 (11%) детей, обследованных по контакту с больным родственником, симптомов болезни не отмечалось.

У 89% детей отмечалось легкое течение новой коронавирусной инфекции с незначительными катаральными явлениями в виде заложенности носа, субфебрильной температуры тела, беспокойства ребенка.

Измерение сатурации кислорода проводилось в 100% случаев. Показатели у всех детей были выше 94%.

Источники заражения. Мы проанализировали возможные источники заражения детей: такие источники были найдены у 4/5 (81%) обследованных: 70% детей заразились от родственников, проживающих с ними совместно в одной квартире; 8 пациентов обследованы после возвращения из-за рубежа; 1 ребенок заболел после контакта с рабочими в квартире, 1 — после контакта с одноклассником; у 1 пациента предположительный контакт был с заболевшим COVID-19 из соседней квартиры. У 19% детей источник заражения выявить не удалось, при этом в семье у них никто не болел, либо взрослые являлись бессимптомным источником инфицирования для собственных детей.

Выявлено 37 кластеров, т.е. в 37 семьях из 100 болели одновременно по 2 и более родственников, в одной из семей одновременно с коротким интервалом заразились и тяжело болели 6 родственников. В 7 семьях по 2 и более родственников перенесли пневмонию, отмечен 1 летальный случай.

Вывод. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 у детей протекает в легкой форме, без осложнений, под «маской» обычной вирусной инфекции. До 11% обследованных по контакту детей вообще не имели симптомов, они попали в орбиту внимания из-за заболевших родственников. Это может свидетельствовать о том, что если бы обследование детей шло таким же широким фронтом, как взрослых, выявленных бессимптомных детей могло бы быть существенно больше.

Источник заражения для ребенка — близкий контакт с инфицированным бессимптомным либо манифестировавшим болезнью взрослым человеком (в том числе в кластере: в нашем исследовании их выявлено 37). Однако, 19% малышей с неизвестным источником заражения могут свидетельствовать о наличии других, альтернативных источников заражения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

**Маматалиева М, студентка 5 курса, Алимова Г.М. Факультет кафедры
педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Муковисцидоз (МВ) – заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленное патогенным вариантом нуклеотидной последовательности (мутацией) гена муковисцидозного трансмембранного регулятора проводимости (Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator, CFTR). Оно встречается во всех этнических группах и с равной частотой у обоих полов.

Цель исследования. Выявить закономерности изменений вентиляционной функции легких у детей, больных муковисцидозом, в зависимости от возраста и степени тяжести.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в отделении пульмонологии и аллергологии и в отделении функциональной диагностики АОДБ в период 2023 - 2024 гг. Обследован 81 ребёнок с муковисцидозом в возрасте от 2 месяцев до 18 лет.

Результаты исследования. У детей раннего возраста диагностика функции лёгких методами бронхофонографии и импульсной осциллометрии позволяет выявить обструктивные нарушения в 100% при лёгком и среднетяжёлом течении болезни.

При тяжёлом течении муковисцидоза методы акустической работы дыхания становятся информативны после восстановления бронхиальной проходимости на фоне проводимой терапии (после санации дыхательных путей, устранении мукостаза), в связи с чем при тяжёлом течении болезни у детей раннего возраста необходимо ориентироваться на клинические симптомы.

Основными параметрами импульсной осциллометрии в диагностике нарушений бронхиальной проходимости у детей 3-5 лет с муковисцидозом являются дыхательный импеданс (Z_{rs5}) и его резистивный компонент на частотах 5 и 20 Гц (R_5 , R_{20}), дополнительными параметрами - реактивный компонент на частоте 5 Гц (X_5). При тяжёлом течении муковисцидоза, в обострении болезни общий дыхательный импеданс, его резистивный компонент и резонансная частота увеличиваются, а реактивный компонент дыхательного сопротивления уменьшается. При лёгком и среднетяжёлом течении в ремиссии болезни эти показатели не превышают границ нормы.

Выраженность обструктивного синдрома по данным бодиплетизмографии у пациентов с муковисцидозом зависит от тяжести болезни: это проявляется более высокими значениями бронхиального сопротивления, остаточного объёма лёгких и его доли в структуре общей ёмкости лёгких. Перестройка структуры общей ёмкости лёгких (стойкие гиперинфляция лёгких, увеличение остаточного объёма с одновременным снижением жизненной ёмкости лёгких) являются признаками структурных морфологических изменений, что находит подтверждение при проведении компьютерной томографии и рентгенологическом исследовании.

Вывод. Ликвидация обострения болезни сопровождается улучшением показателей ФВД: при бронхофонографии уменьшается показатель «акустической» работы дыхания в высокочастотном диапазоне, при импульсной осциллометрии снижается реактивное и резистивное сопротивление дыхательного импеданса, при бодиплетизмографии снижается бронхиальное сопротивление, при спирометрии ФЖЕЛ достигает параметров здоровых детей и увеличиваются все скоростные показатели.

СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

**Маматалиева М, студентка 5 курса, Махмудова Б.Ш. Факультет кафедры
педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Принятие решений в сегодняшней эпидемической ситуации невозможно без анализа основных и второстепенных рисков. Оценка ключевых рисков в комплексе региональных медико-социальных проблем, связанных с COVID-19, позволит службам ПМП выбрать приоритетные цели в условиях пандемии.

Цель исследования. Разработка и обоснование тактики эффективного применения специфических средств профилактики коронавирусной инфекции в условиях современного эпидемического процесса.

Материалы и методы исследования. Среди детей с подтвержденным диагнозом COVID-19 были госпитализированы 25 детей из 41 (60%), 4 (9,7%) ребенка были помещены в ОРИТ, еще 4 пациента (9,7%) нуждались в респираторной поддержке. Никто из детей не умер. Инкубационный период у детей короткий: обычно составляет около 2 дней (2–10 дней) [9]. Клинические симптомы коронавирусной инфекции у детей были проанализированы у 171 ребенка с подтвержденным диагнозом.

Результаты исследования. Самыми частыми симптомами инфекции COVID-19 у детей были: кашель (48,5%), гиперемия слизистой глотки (46,2%) и повышение температуры выше 37,5 °C (41,5%).

Реже встречались диарея (8,8%), слабость (7,6%), насморк (7,6%) и рвота (6,4%). В другом китайском исследовании отмечается, что более 90% из 43 детей с лабораторно подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 имели бессимптомное, легкое или среднетяжелое течение заболевания.

Результаты применения данных лекарств противоречивы. Это объясняется коротким сроком борьбы с пандемией и трудностями организации клинических испытаний на фоне резко возросшей нагрузки на систему здравоохранения.

В предыдущие годы при развитии таких инфекций – предшественников COVID-19, как тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, или SARS) и ближневосточный респираторный синдром (БВРС, или MERS), применяли лопинавир + ритонавир и рибавирин.

Эти препараты достаточно токсичны, поэтому применение их у детей вероятно будет ограниченным. Отечественный препарат умифеновир (торговое название



Арбидол) ранее широко применялся при гриппе и ОРВИ. Однако при использовании умифеновира в во время пандемии убедительных данных в его пользу продемонстрировано не было, так же как и в пользу препарата лопинавир + ритонавир (торговое название Калетра).

Вывод. Дети 10–14 лет, скорее всего, в курсе всего происходящего. Они активно пользуются Интернетом, соцсетями и имеют возможность обсуждать новости с друзьями. Многие из них азартно ведут собственные блоги. В этом возрасте стоит обсудить с ребенком, каким источникам информации стоит доверять, а каким – нет. Для этого нужно не от случая к случаю, а целенаправленно и деликатно оценивать уровень тревожности, давая возможность ребенку поделиться своими опасениями. Важно не перегружать ребенка своими страхами и показать новые возможности жизни, измененной пандемией и карантином.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 У ДЕТЕЙ

**Маматалиева М, студентка 5 курса, Махмудова Б.Ш., Алимова Г.М. Факультет
кафедры педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Согласно последним эпидемиологическим данным, инкубационный период, который может длиться от 1 до 14 суток, у детей составляет 5-7 дней.

Все заболевшие в КНР (младшему из которых было 1,5 мес.) имели тесные контакты или были из очага, в том числе семейного. У небольшой части пациентов наблюдалась лихорадка, непродуктивный кашель и признаки «общей интоксикации», у других пациентов клиническая картина была асимптоматична.

Очень незначительное число заболевших детей имели проявления со стороны верхних дыхательных путей (заложенность носа, ринорею) или со стороны ЖКТ (тошноту, рвоту, боли или неприятные ощущения в животе, диарею).

Цель исследования. Определение места коронавирусной инфекции в этиологической структуре КРИ у госпитализированных детей и описание клинических особенностей ее течения.

Материалы и методы исследования. Для определения этиологической структуры коронавирусной инфекции были обследованы 31 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Из них 15 детей были госпитализированы в общее отделение острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и 16 пациента - в отделение сочетанных г. Андижана.

Результаты исследования. Удельный вес КВИ в этиологической структуре острых респираторных инфекций у детей, в среднем, составляет 12,9%, у взрослых - 11,0%, с соотношением моно- и микст КВИ примерно 1:3. Наиболее частым ассоциантом является вирус гриппа А.

Для циркуляции КВ в человеческой популяции характерно формирование годовых и сезонных пиков активности с ежемесячной сменой доминирующей группы КВ.



Для КВИ у детей характерно сочетание респираторного и гастроинтести-нального синдромов.

Прогностическими критериями неблагоприятного течения КВИ являются: низкие титры сывороточных ($< 1:10$) и секреторных ($< 1:4$) антител, а также низкий уровень slgA в носовых секретах ($< 0,9$ мкг/мл).

Коронавирусная инфекция является существенным этиологическим фактором развития внутрибольничных инфекций и инфекционных осложнений у больных со сниженной иммунологической реактивностью.

Доказана лечебная эффективность при КВИ у детей противовирусных химиопрепаратов «Арбидол» и «Альгирем» и индуктора интерферона «Ана-ферона детского».

Вывод. Уточнена значимость КВИ в этиологической структуре ОРЗ и изучены особенности ее клинического течения. Показана возможность использования новых методов экспресс-диагностики КВИ (ИФЛ-метод обнаружения КВ антигена в клетках слизистой оболочки полости носа, ПЦР). Доказана возможность эффективного применения при КВИ в терапевтических целях противовирусных химиопрепаратов Арбидола и Альгирема и индуктора интерферона Анаферона детского.

ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Маматалиева М, студентка 5 курса, Махмудова Б.Ш. Факультет кафедры
педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. В настоящее время исследователи различных стран и регионов признали, что преимущественно для детской категории пациентов характерна малосимптомная манифестация инфекции. Однако, клиническая картина и особенности новой инфекции должны тщательно мониторироваться именно у пациентов детского возраста, а актуальные научные данные и новые факты, полученные исследователями, должны оперативно становиться доказательной базой для модификации стратегии ведения пациентов.

Цель исследования. Изучить частоту возникновения и клинико-эпидемиологические особенности КВИ и дать оценку лечебной эффективности ряда лекарственных препаратов при КВИ.

Материалы и методы исследования. На основании результатов практической работы медицинской организации АОДБ в условиях пандемии проанализировать особенности распространения и клинической картины течения патологического процесса новой коронавирусной инфекции у пациентов детского возраста.

Результаты исследования. Полученные нами результаты подтверждают наблюдения зарубежных коллег: инфекция COVID-19 у детей выявляется значительно реже, а течение и тяжесть патологического процесса выражена не настолько ярко, как в популяции взрослых пациентов. Вероятные причины такой «устойчивости» детей к новому коронавирусу SARS-CoV-2 могут быть обусловлены как сниженным риском инфицирования вследствие меньшего количества контактов,

связанных с поездками и передвижениями, так и низким уровнем циркулирующих ACE2. Кроме того, этот факт может коррелировать с особенностями врожденного иммунитета, меняющимися в онтогенезе.

Параллельной гипотезой является мнение о благополучном состоянии дыхательных путей и слизистых оболочек у детей вследствие отсутствия губительного агрессивного воздействия загрязненной окружающей среды и сигаретного дыма, а также бремени коморбидных хронических заболеваний. Для взрослых пациентов, вероятно, зрелость иммунной системы может объяснить развитие бурного системного воспалительного ответа, в том числе острого респираторного дистресс-синдрома. Предполагаемые патогенетические механизмы требуют научного подтверждения.

Дети существенно чаще, чем взрослые, могут являться бессимптомными носителями: COVID-19 у детей часто протекает без таких симптомов, как лихорадка, кашель и затруднение дыхания. До 11% детей, находившихся под наблюдением, вообще не имели симптомов болезни.

Несмотря на многочисленные данные о том, что дети являются переносчиками COVID-19, наши наблюдения пока не могут подтвердить данный факт полностью. Действительно, дети болеют реже и преимущественно в легкой форме, однако только в 19% случаев из 100 мы можем предположить, что именно ребенок стал источником инфекции для окружающих. В 81% случаев первыми в семье заболевали взрослые, проживающие совместно с ребенком.

Вывод. Критически важным является своевременная разработка четкого алгоритма с пошаговой инструкцией для каждого сотрудника при различных ситуациях в период повышенной готовности. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 у детей протекает в легкой форме, без осложнений, под «маской» обычной вирусной инфекции, однако не известно, остаются ли здоровыми те, кто перенес COVID-19 бессимптомно, или для них нужна специальная реабилитация.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

**Маматалиева М, студентка 5 курса, Алимова Г.М.
Факультет кафедры педиатрии и неонатологии**

Андижанский государственный медицинский институт Актуальность. Современная медицина предлагает новые подходы к ведению пациентов сточки зрения уровня контроля над заболеванием, акцентируя внимание на ступенчатой терапевтической стратегии, в которой целью является достижение клинического контроля, а не лечение «тяжести» болезни. Несмотря на значительные успехи клинической фармакологии, лечение БА и на сегодняшний день остается сложной задачей.

Цель исследования. Оценка клинико-генетической значимости полиморфных вариантов генов, участвующих в метаболизме глюкокортикостероидов и β_2 -агонистов, в прогнозировании развития и течения бронхиальной астмы у детей.



Материалы и методы исследования. Представляемая работа основана на результатах обследования 196 детей в возрасте 4-17 лет с диагнозом «Атопическая бронхиальная астма» в период с 2019 по 2020 гг. Общеклинические методы включали сбор жалоб и анамнеза, данные объективного исследования, клинические анализы крови и мочи

Результаты исследования. Для детей, больных бронхиальной астмой, наиболее характерными кли-нико-аллергологическими особенностями следует считать преобладание лиц мужского пола (69,4%), кожных проявлений аллергии в анамнезе (70,4%), проживание в семьях с высокой частотой курения среди родителей (53,1%), наличие наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям (81,0%), легкое течение астмы (59,7%), высокий уровень сывороточного (73,0%), аллергического ринита (91,3%) среди сопутствующих аллергических заболеваний, а в спектре причинно-значимых аллергенов - бытовой сенсибилизации (66,8%).

Данные «Теста по контролю над астмой» коррелируют с показателями проходимости дыхательных путей (МОС25, МОС50) и суточной вариабельности пиковой скорости выдоха. По данным АСТ-теста у половины пациентов (50,0%) с бронхиальной астмой отмечается неконтролируемое течение заболевания.

Маркером повышенного риска развития бронхиальной астмы, тяжелой формы, неконтролируемого и частично-контролируемого течения заболевания со снижением параметров спирографии (ФЖЕЛ, ОФВ1, МОС25, МОС50, МОС75) является аллель п41423247*С гена глюкокортикостероидного рецептора ОК

Аллель кч242941 *А полиморфного варианта п-242941 гена кортикотропин-рилизинг гормона СИНИ1 ассоциирован с необходимостью назначения высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов для эффективного контроля бронхиальной астмы.

Генотип гх1042714*С/Ст (О1п27/О1и27) полиморфного варианта Г81042714 гена (32-адренорецептора А ОН В 2 является маркером повышенного риска развития бронхиальной астмы у русских, ассоциирован с бытовой сенсибилизацией, умеренным/значительным снижением ЖЕЛ и повышенным уровнем IgE в сыворотке крови.

Генотип rsl799930*А/А гена N-ацетилтрансферазы 2 NAT2 ассоциирован с умеренным/значительным снижением ЖЕЛ у больных бронхиальной астмой.

Межгенное взаимодействие полиморфных локусов генов GR (rs41423247), ADRB2 (rslü42713), NAT2 (rs1799929) и CRHR1 (rs242941) детерминирует развитие и неконтролируемое течение бронхиальной астмы у детей.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование выявило ген-генные взаимодействия между локусами GR (rs41423247), ADRB2 (rsl042713), CRHR1 (rs242941) и NAT2 (rsl 799929), предрасполагающие к развитию бронхиальной астмы, подтвердив полученные нами результаты анализа ассоциаций данных локусов с развитием и течением данного заболевания у детей.

В целом, проведенное нами исследование позволило установить значимость в определении контроля над БА «Теста по контролю над астмой», а в диагностике ЛОР-патологии у данных пациентов - теста на назальную проходимость. Определено значение полиморфных вариантов генов GR (rs41423247), CRHR1 (rsl876828, rs242941), ADRB2 {rs1042713, rsl042714), NAT2 (rsl799929, rsl799930, rsl 799931) в



развитии и течении бронхиальной астмы у детей. Выявлены оптимальные модели межгенного взаимодействия, предрасполагающие к развитию и тяжелому течению БА.

АТОПИЧЕСКАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Маматалиева М, студентка 5 курса, Научный руководитель: Алимова

Г.М. Факультет кафедры педиатрии и неонатологии

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время очень актуальна проблема бронхиальной астмы (БА) у детей. Наблюдается повсеместно рост заболеваемости детей, в том числе и раннего возраста. Отмечается утяжеление течения БА, появляются формы, высоко резистентные к фармакотерапии приступов.

Значительная распространенность БА у детей (от 10% до 30% и более) наблюдается в нашей стране в регионах с повышенной влажностью. Отмечаемая повышенная влажность, с одной стороны, способствует повторным респираторным заболеваниям, с другой накоплению в воздухе спор плесневых грибов, антигены которых способны оказывать мощное сенсибилизирующее влияние на организм ребенка

Вышеперечисленные процессы реализуются развитием хронического аллергического воспаления и бронхиальной гиперреактивности.

Цель исследования. Разработать критерии индивидуального прогноза контроля атопической бронхиальной астмы у детей на основе комплексной оценки клинико-анамнестических, иммунологических, биохимических и генетических составляющих различных фенотипических вариантов заболевания.

Материалы и методы исследования. Диагноз БА верифицирован у 381 ребенка в возрасте 3-16 лет (средний возраст $9,15 \pm 3,47$ года) на основании диагностических критериев и классификации болезни согласно положениям GINA и требованиям отечественных программных документов «Бронхиальная астма у детей».

В группе детей, больных БА ($n=381$), атопический характер заболевания установлен у 267 (70,1%) детей. Полученные данные соответствуют литературным о высокой частоте атопической бронхиальной астмы в детском возрасте. Диагноз БА легкой степени тяжести выставлен 139 (52,06%) пациентам, среднетяжелой - 112 (41,95%), тяжелой - 16 (5,99%) больным.

Результаты исследования. В детском возрасте атопическая бронхиальная астма представлена основными клиническими фенотипами: бронхиальной астмой, коморбидной с аллергическим ринитом, и астмой, не имеющей сопутствующих аллергических заболеваний. Данные фенотипы определяют долгосрочный прогноз приверженности к противовоспалительной терапии.

Основными факторами, формирующими фенотип атопической бронхиальной астмы без сопутствующих аллергических заболеваний, являются ранний дебют заболевания; тендерные различия с преобладанием девочек с дебютом болезни в возрасте старше 6 лет; поливалентная сенсибилизация с преобладанием бытовой во все возрастные периоды; нарушение функции внешнего дыхания по смешанному



типу. Маркером высокого риска развития данного фенотипа является недоношенность; осложнение периода новорожденности синдромом дыхательных расстройств; частые респираторные заболевания и дисбиоз кишечника в раннем возрасте.

В детском возрасте для атопической бронхиальной астмы, коморбидной с аллергическим ринитом, характерны: преобладание мальчиков среди всех возрастных групп больных; развитие ранней (в дошкольном возрасте) пыльцевой и микогенной сенсибилизации; зависимость нарушения функции внешнего

дыхания от контакта с аэроаллергенами в период новорожденности; метеозависимость симптомов. Маркером высокого риска данного фенотипа является бронхиальная гиперреактивность на физическую нагрузку и рождение от беременности, осложненной гестозом второй половины. Ассоциация бронхиальной астмы с аллергическим ринитом определяется более высоким порогом накопления генетических влияний.

У детей, больных БА без сопутствующих аллергических заболеваний, установлены цитокиновый дисбаланс с высокой функциональной активностью Th-2 типа иммунного ответа, а также взаимозависимость клинических характеристик (возраст дебюта, показатели функции внешнего дыхания, «стаж» заболевания) и сывороточного содержания основных цитокинов аллергического воспаления (INF- γ , IL-4, IL-10, TGF- β 1). На уровень экспрессии цитокинов оказывают влияние патологические факторы перинатального периода, возраст больных, тяжесть заболевания и аллергического воспаления.

Вывод. Разработаны прогностические критерии достижения контроля бронхиальной астмы при ее различных фенотипах и математическая модель для расчета индивидуального прогноза уровня контроля атопической бронхиальной астмы у детей с учетом возраста, тендерных различий и маркера аллергического воспаления — сывороточного уровня эндогенного оксида азота.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

**Марифова Файзинисо, студентка лечебного факультета 107 группа Научный
руководитель: Делкашева Шахло Джамолитдиновна Кафедра госпитальной
терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), дефицит железа (ДЖ) занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека – им страдают более 3 млрд человек на Земле. Наиболее высок риск развития ДЖ, как латентного (ЛДЖ), так и манифестного (железодефицитная анемия – ЖДА) у детей (особенно первых двух лет жизни) и женщин репродуктивного возраста. Согласно данным S. Osendarp и соавт., в мире около 50% детей дошкольного возраста и беременных женщин имеют анемию. Установлено, что при частоте анемии 20% ДЖ существует у 50% населения в популяции. При частоте анемии 40% и выше вся популяция имеет различные виды ДЖ. В России, по данным



разных авторов, ЖДА регистрируется у 6–40% детского населения. Согласно исследованиям D. Subramanian и соавт., 9% детей первых двух лет жизни имеют ЖДА.

Цель исследования. Оптимизация тактики лечения ЖДА у девочек подростков с помощью выбора на основе методов доказательной медицины наиболее эффективного терапевтического плана.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач исследовано репродуктивное здоровье 160 девушек-подростков 14-19 лет, основную группу составили 110 девушек-подростков с анемией, которым проводилось комплексное обследование и лечение с применением современных методов диагностики и терапии, группу контроля составили 50 здоровых девушек-подростков.

Результаты исследования. Дефицит железа в подростковом возрасте значительно чаще наблюдается у девушек, что обусловлено становлением менструальной функции и большой ежемесячной кровопотерей. Так, проведенное в Японии исследование, показало, что латентная форма недостатка железа развивается у 71,8% школьниц уже через три года после начала менструации. Нормальной считается менструальная кровопотеря, составляющая 30-60 мл в месяц (15-30 мг железа). При полноценном питании, включающем достаточное количество мяса и рыбы, из кишечника может усваиваться до 2 мг железа в сутки, следовательно, при нормальной менструальной кровопотере анемия не развивается. Если же кровопотеря превышает 80 мл в месяц, риск развития анемии даже при нормальном питании очевиден.

Интересен факт, что дефицит железа может развиваться и у подростков, страдающих избыточным весом и ожирением, причем распространенность дефицита железа увеличивается пропорционально увеличению индекса массы тела (ИМТ). Ожирение является фактором риска для развития железodefицитной анемии у подростков обоих полов, но девушки подвержены данному риску почти в три раза чаще. Механизмы развития анемии у лиц, страдающих ожирением, до конца неизвестны, однако неоспоримым является факт несбалансированной высококалорийной диеты при возросших относительно массы тела потребностях в железе.

Интенсивные занятия спортом, аэробикой в некоторых случаях могут способствовать развитию железodefицитной анемии, особенно если ранее имелся скрытый дефицит железа. Развитие анемии при интенсивных спортивных нагрузках обусловлено повышением потребности в железе при больших физических нагрузках, увеличением мышечной массы и, следовательно, использованием большего количества железа для синтеза миоглобина и гемоглобина. Кроме этого, интенсивные физические нагрузки снижают абсорбцию железа в кишечнике и увеличивают его потери из-за гемолиза эритроцитов.

Особую группу риска составляют подростки с хроническими заболеваниями, такими как заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе ассоциированные с *H. pylori*, повторные кишечные инфекции, лямблиоз, глистные инвазии, воспалительные заболевания кишечника, инфекционные заболевания (туберкулез, бруцеллез, микоз и пр.), атрансферринемия, коллагенозы.

Вывод. Таким образом, диагностика, лечение и профилактика дефицита железа у подростков имеют особенности, которые необходимо учитывать практикующим

педиатрам. Кроме того, подростки входят в группу риска по развитию железодефицитных состояний по целому ряду причин, в связи с чем актуальной задачей является разработка новых программ скрининга железодефицитных состояний у подростков с целью своевременной диагностики и лечения.

ОЦЕНКА АСПЕКТОВ ОБУЧЕНИЯ НЕГАТИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Махмудова Х.Х.

**Научные руководители: Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К. Кафедра психиатрии, наркологии, медицинской психологии и с курсом психотерапии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Современная психопатология негативных расстройств опирается на длительный исторический опыт, заложенный еще в донозологический период. По утверждению J. Jackson, негативные симптомы отражают «выпадение» рефлексов на уровне высших когнитивных, эмоциональных и психологических функций, в то время как позитивные представляют собой «феномен высвобождения» (т.е. они вторичны по отношению к первичным — негативным расстройствам — А.С.) и лишь искажают или гиперболизируют нормальное функционирование.

Доля негативных расстройств при всех основных типах течения шизофрении (шубообразная, рекуррентная, непрерывная, исключая параноидную)² составляет 29—40%.

При этом негативная симптоматика отличается стойкостью и у 20—40% персистирует после первого эпизода шизофрении, а у 16—35% — в течение года по его миновании и у 35% — даже через 2 года после первой госпитализации. Другим аргументом является незавершенность клинического анализа шизофренического дефекта, несмотря на понимание негативной симптоматики как «ключевого домена психопатологии шизофрении».

Цель исследования. Оценить аспекты изучения негативных расстройств при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что такое распределение не случайно, но подчиняется дихотомии базисной симптоматики «общих синдромов». Хотя в соответствии с психометрической оценкой в структуре каждого из рассматриваемых общих синдромов представлены как волевой дефект — абулия/абулия с феноменом зависимости, так и дефект эмоциональный, т. е. обе составляющие, отражающие дихотомическую структуру шизофренического дефекта, распределение этих паттернов негативных расстройств в клиническом пространстве общих синдромов неравномерно.

Анализ имеющейся в нашем распоряжении казуистики позволяет (как уже указывалось выше) предполагать, что ранжирование психопатоподобных расстройств в соответствии с дихотомией базисного дефекта возможно (и осуществимо) не только в пределах одного, отдельно взятого кластера РЛ, но приобретает более



универсальный характер и справедливо для распределения всех психопатоподобных расстройств независимо от кластера РЛ, к которому они принадлежат.

Общая структура дефицитарных изменений по типу волевого дефекта, экстраполируемая на все представляющие ее синдромы дефензивного полюса, характеризуется грубым снижением психофизической выносливости (при перекрывании волевых расстройств с астенической симптоматикой) и/или волевой регуляции психической деятельности (апатия-абулия по SANS — $4,3 \pm 0,7$ балла; волевые нарушения по PANSS — $5,1 \pm 0,3$ балла; астения по MFI-20 — $77 \pm 15,3$ балла), с нарастанием пассивности, ведомости и нерешительности, присоединением черт астенического аутизма и зависимости от узкого круга значимых других (снижение коммуникабельности по PANSS — $3,5 \pm 0,5$ балла; отсутствие близких друзей по SPQ-A — $5,6 \pm 0,4$ балла; отношения с коллегами и близкими по SANS — $3,2 \pm 0,2$ балла; избыточная социальная тревожность по SPQ-A — $6,2 \pm 1,3$ балла; пассивная социальная самоизоляция по PANSS — $5,2 \pm 0,4$ балла; межперсональная тревожность по SCL-90-R — $1,5 \pm 0,3$ балла; $p \leq 0,01$). Эмоциональные расстройства в этой группе выражены в незначительной степени и отражают обеднение общего уровня социальной активности (связанное в первую очередь с астенической симптоматикой, резко заостренными рефлексивными механизмами, а также склонностью пациентов к формированию сенситивных идей отношения) и сужение диапазона эмоциональных привязанностей до границ симбиотических связей с родственниками или супругами (ангедония-асоциальность по SANS — $3,0 \pm 0,2$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A — $3,7 \pm 0,4$ балла).

Единая для всех «общих синдромов» экспансивного полюса (с картиной дефекта эмоционального типа) структура дефицитарных изменений на статистически значимой основе отличается (в противовес дефицитарным расстройствам волевого типа) сохранением общего психофизического напора, при котором явления редукции энергетического потенциала проявляются не снижением уровня психической энергии, а его искажением в виде хаотичной, утратившей целенаправленность и волевой контроль деятельности.

Это особенно очевидно при сопоставлении характеристик трудового статуса пациентов с показателями шкал апатоабулических изменений (апатия-абулия по — SANS — $3,6 \pm 0,3$ балла; волевые нарушения по PANSS — $2,7 \pm 1,2$ балла; астения по MFI-20 — $25 \pm 11,2$ балла).

На первый план общих для всей группы негативных расстройств эмоционального типа вступают выраженные изменения собственно эмоциональности (ангедония-асоциальность по SANS — $4,3 \pm 0,2$ балла, уплощенный аффект по SPQ-A — $6,8 \pm 0,4$ балла), проявляющиеся грубым ее обеднением с формированием черт регрессивной синтонности, утратой способности к эмпатии и формированию глубоких эмоциональных привязанностей, патологическим заострением черт рационализма, эгоцентричности и прагматизма (отсутствие близких друзей по SPQ-A — $8,3 \pm 0,4$ балла; снижение коммуникабельности по PANSS — $5,1 \pm 1,2$ балла; отношения с коллегами и близкими по SANS — $4,5 \pm 0,3$ балла; эксцентричное поведение по SPQ-A — $5,7 \pm 1,8$ балла; избыточная социальная тревожность (SPQ-A) — $0,9 \pm 0,2$ балла; межперсональная тревожность по SCL-90 — $0,2 \pm 0,5$ балла; враждебность по SCL-90 — $1,9 \pm 0,3$ балла).

Установлено, что психопатологические проявления дефекта при расстройствах шизофренического спектра представлены дефицитарными симптомокомплексами психопатического регистра (психопатоподобные нарушения), носят ограниченный (циркумскриптный) характер, имеют моносиндромальную структуру, обнаруживаются уже на уровне продромальных расстройств и связаны с преморбидными патохарактерологическими дименсиями.

Определена траектория негативных расстройств при расстройствах шизофренического спектра, характеризующихся ограниченной прогрессивностью, - завершающихся на продромальном этапе либо продромальным, либо фазным течением.

Также обсуждаются аспекты психофармакотерапии негативных расстройств препаратами современных генераций.

Вывод. Таким образом, психопатоподобные симптомокомплексы, выступающие в пространстве «общих синдромов», могут быть квалифицированы в качестве вторичных по отношению к базисным дефицитарным расстройствам.

Соответственно выделение психопатоподобного дефекта как синдромальной (рядоположенной другим) формы негативных расстройств, по данным наших исследований, представляется неправомерным.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: ПЕРСПЕКТИВЫ И ВЫЗОВЫ

Мураджанов Исмаил Маъруфович

**Лечебное дело 5 курс, 509 – группа Научный руководитель: Таштемирова.И.М.
кафедра факультетской терапии**

Андижанский государственный медицинский институт Андижан. Узбекистан

В современной кардиологии инновационные методы в лечении острого коронарного синдрома (ОКС) становятся все более важными в улучшении результатов для пациентов. Наша презентация фокусируется на рассмотрении передовых методик, таких как (Стеренты с лекарственным покрытием, FFR, ИВУЗИ, Ротационная коронарная атерэктомия), как ключевого элемента в эволюции лечения ОКС.

Стеренты с лекарственным покрытием (DES, Drug-Eluting Stents) представляют собой инновационную технологию в области интервенционной кардиологии. Стерент с лекарственным покрытием (DES): Это металлический стент, который имеет тонкое лекарственное покрытие для уменьшения риска рестеноза (перероста тканей внутри сосуда после процедуры стентирования).

Цель: Уменьшение воспалительного ответа и роста гладкой мышцы внутри сосуда, что может привести к повторному сужению.

Применяемые Лекарства: Обычно включают иммуносупрессивные или противовоспалительные препараты. Давление в конце фазы диастолы (FFR,) - это процедура в области интервенционной кардиологии, предназначенная для оценки степени стеноза коронарных артерий

Определение: FFR: Это отношение минимального давления в конце диастолы в стенозированном сосуде к максимальному давлению в нормальном сосуде в том же участке.

Результаты: FFR Значение: Нормальное значение близко к 1.0, стенозы считаются обычно клинически незначительными, если FFR близко к 1.0. $FFR < 0.75$: Обычно считается показанием для интвенционного вмешательства (стентирования). $FFR \geq 0.75$: Обычно считается, что интвенционное вмешательство не требуется.

Индивидуализированное Решение: Помогает врачам индивидуализировать решение о необходимости стентирования.

Улучшение Клинических Результатов: Приводит к более точным результатам и, как следствие, к улучшению клинических результатов.

Клинические Рекомендации: Включение в Руководства: Как правило, включается в клинические рекомендации для оценки средней степени стеноза. Важно помнить, что применение FFR требует определенного технического опыта и комплексного подхода врача-кардиолога. Это мощный инструмент для определения, нуждается ли пациент в интвенционном лечении. "Внутрисосудистым Ультразвуковым Исследованием" (внутрисосудистой УЗИ), часто также называемым интраваскулярным ультразвуковым исследованием (ИВУЗИ). Это процедура, которая позволяет врачам детально изучать структуры и состояние сосудов с использованием миниатюрных ультразвуковых датчиков, введенных непосредственно внутрь сосуда.

Ротационная коронарная атерэктомия (ротабляция) — это процедура, используемая в интервенционной кардиологии для лечения сосудистых стенозов, особенно в случаях сложных и высокоартериосклеротических лезий.

Вывод. В заключение, исследования и разработки в области инновационных подходов к лечению острого коронарного синдрома представляют собой перспективное направление в кардиологии. Использование новых технологий, таких как генная терапия, стволовые клетки и нанотехнологии, позволяет улучшить результаты лечения и увеличить выживаемость пациентов. Однако, существуют вызовы, такие как высокие затраты на разработку и внедрение новых методов, а также необходимость строгого регулирования и обеспечения безопасности. Несмотря на это, перспективы использования инновационных подходов в лечении острого коронарного синдрома остаются обнадеживающими, и дальнейшие исследования и клинические испытания могут привести к значительному прогрессу в данной области.

УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И КОЖА

Муродалиев М.М., Ходжиматов Х.К.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии Кафедра медицинской биологии и гистологии. г. Термез. Республика Узбекистан. Научный руководитель – канд. биол. наук Ашуров А.Т.

Цель работы – изучить роль ультрафиолетового излучения в преждевременном старении кожи с учетом основных характеристик ультрафиолетовых лучей с различной длиной волны; рассмотреть механизмы их воздействия на структуры кожи, в основном фотостарение.



Объект и методы исследования. Проведен литературный обзор материалов отечественных и зарубежных исследователей с использованием поисковых систем PubMed, eLIBRARY за период 2020-2024 гг. Объект исследования. Процесс влияния ультрафиолетового излучения на организм человека. Методы исследования. Наблюдения, статистический, анкетирование, социальный опрос, анализ, работа с медицинской литературой и источниками Интернета, интервью со специалистами.

При выполнении исследовательской работы с нами был собран и изучен материал по изучаемой проблеме, проведены собственные исследования (анкетирование, опрос, интервью, социальный опрос). Изучены общие свойства ультрафиолетового излучения, его положительное и отрицательное влияние, информированность населения о воздействии ультрафиолета на организм. На основании вышеизложенного, можно сделать вывод, что ультрафиолетовое излучение может пагубно влиять на организм человека и вызывать раковые заболевания кожи.

Результаты исследования. По данным ВОЗ ежегодно примерно от двух до трех миллионов человек имеют немеланомные раковые заболевания кожи, около 130 000 человек заболевают злокачественной меланомой и от двенадцати до пятнадцати миллионов человек теряют зрения из-за развития катаракты, из которых 20% связаны с влиянием УФ лучей.

Выделяют три вида УФ-А с длиной волны от 400 до 315 нм, обладает незначительным биологическим действием. При инсоляции лучами диапазона А с сопровождающим действием некоторых химических веществ, становится вредным для здоровья человека. УФ-В - длина волны от 315 до 280 нм - это наиболее опасное излучение, так как обладает большим канцерогенным действием, чем лучи диапазона А. Данный спектр может вызвать раковое заболевание и привести к образованию морщин, что является признаком преждевременного старения кожи. УФ-С - длина волны от 280 до 200 нм - самые коротковолновые лучи, но не менее опасные, действует на белки, жиры и обладает бактерицидным действием. Лучи с меньшей длиной волны отличаются большей биологической активностью, потому что биополимерные молекулы содержат кольцевые группы, содержащие углерод и азот, которые интенсивно поглощают излучение с длиной волны 260-280 нм.

Эпидермальные клетки - меланоциты - выполняют важную роль, защищая кожу от действия ультрафиолетовых лучей, и являются составляющими, поддерживающие барьерно-защитные свойства кожи. Изменение защитных клеток вызывает одно из самых быстротекущих новообразований - меланому, вследствие которой происходит 80% смертей, приходящихся на группу злокачественных заболеваний кожи.

Защитная функция меланинов заключается в поглощении ультрафиолетовых лучей, предотвращая повреждение тканей глубоких слоев кожи. Распространение меланина в клетках кожи указывает на то, что максимальная защита соответствует зоне наибольшей пигментации, прямо пропорциональная зависимость наблюдается за счет высокой концентрации меланина в крупных одиночных гранулах-меланосомах, а с уменьшением диаметра гранул-меланосом соответственно снижается защита. Меланин функционирует, как ловушка активных продуктов облучения, он замедляет перекисное окисление липидов. В результате свободнорадикальные продукты, образующиеся при окислении липидов, инактивируются на меланиновой матрице и не выходят в окружающее пространство. Еще одним механизмом ингибирующего

влияния меланосом на перекисное окисление липидов является связывание меланином солей тяжелых металлов, которые обладают прооксидантным эффектом, и фармакологических препаратов. Данная функция является одной из разновидностей механизмов антиоксидантного действия меланосом.

Ультрафиолет является естественным стимулятором меланоцитов. В итоге под его влиянием на кожу происходит быстрое усиление роста дендритов, выработка меланина, что ведет к его накоплению в клетке, в дальнейшем происходит передача кератиноцитам, которые защищают от вредного воздействия УФ. В результате действия ультрафиолета происходит активация меланогенеза, которая связана с уничтожением тирозиназы, ингибированной глутатионом и пептидазами. Разрушение глутатиона и пептидаз осуществляется лизосомальными ферментами, которые выходят из поврежденных ультрафиолетом соответствующих органелл.

Воспаление, создаваемое воздействием света, учитывается как подготовительная фаза меланогенеза. При этом меланоциты мигрируют в глубокие слои эпидермиса, меланосомы приобретают высокую электронную плотность и образуют гигантские меланосомные комплексы, локализующиеся над верхним полюсом ядер. Под воздействием биологически активных веществ, возникающих в результате воспаления, происходит возрастание митотической активности базальных клеток эпидермиса, скорости их дифференцировки и смещения в верхние слои. В конечном итоге увеличивается толщина эпидермиса, особенно рогового слоя, что является защитной реакцией кожи на действие света.

Выводы. Таким образом, современные представления о фотостарении кожи обуславливают важность применения фотопротекторных средств с защитой от UVA- и UVB-лучей. Ключевой момент – возможность обновить естественный запас гиалуроновой кислоты в клетках кожи гаммой Элюаж, что позволит обеспечивать восстановление структуры стареющей кожи. Преждевременное фотостарение кожи требует пристального внимания и дальнейшего изучения со стороны дерматологов, косметологов, работников санэпидслужб, экологических подразделений и специалистов медиков различного профиля.

Карта регистрации докладов

.	Фамилия, имя, отчество автора (полное)	Муродалиев М.М. Ходжиматов Х.К.
.	Факультет и курс	Студенты 2-курса лечебного факультета
.	Место работы или место учёбы	ТФТМА
.	Направление конференции и секция	Медико-биологические предметы.
.	Тема доклада	УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И КОЖА
.	Полная информация о научном руководителе	Ашуров Абдишукур Тухталиевич Кандидат биологических наук
.	Номер телефона, E-mail	+998 90 370 90 56 murodalievmahmudbek@gmail.com

.	Местожительство	город Термез, область Сурхандарье

**ИНДУЦИРОВАННЫЙ COVID-19 КОРОНАРНЫМ СТЕНТИРОВАНИЕМ
КОАГУЛЯЦИОННЫЙ АППАРАТ У ПАЦИЕНТОВ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ
ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТЬ КУПИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ
РЕСТЕНОЗА**

**Мухамаджанов И.М. - магистр кардиологии 3 Научный руководитель:
Таштимерова И.М. – к.м.н., доцент Кафедра факультетской терапии
Андижанский государственный медицинский институт**

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) первоначально была связана с эпидемией, сосредоточенной в Китае, в городе Ухане. Оттуда SARS-CoV-2 быстро распространился по всему Китаю и соседним азиатским странам, а также в большинство стран мира. 11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила о пандемии коронавирусной инфекции. Уже первые аутопсии показали, что легкие при COVID-19 имели диффузный отек, а также картину ОРДС, микроангиопатических, геморрагических и тромботических явлений. Исследуемые легкие характеризовались широко распространенным альвеолярным повреждением, наличием значительного количества CD4+ лимфоцитов, агрегированных вокруг небольших тромбированных сосудов, и сопутствующим кровотечением. В настоящее время остаётся не ясным, является ли COVID-19 непосредственной причиной коагулопатических нарушений или они возникают по мере прогрессирования инфекционного процесса. Вместе с тем выделяют несколько групп факторов риска развития тромбообразования при COVID-19:

Внешние: малоподвижное состояние человека, изменение газового состава воздуха в помещении, лекарственная терапия.

Внутренние: Острые и хронические заболевания человека, изменение тока крови, изменение физико-химических свойств крови.

COVID-19 факторы:

SARS-CoV-2-индуцированный цитокиновый шторм активирует коагуляцию. Провоспалительные цитокины, такие как ИЛ-1 β и ИЛ-6, стимулируют экспрессию тканевого тромбопластина на иммунных клетках и инициируют активацию системы свертывания.

Фибринолитическая система подавляется за счет уменьшения активности активатора плазминогена урокиназного типа и повышения высвобождения ингибитора активатора плазминогена-1.

Тромбоциты активируются различными провоспалительными цитокинами, а поврежденный эндотелий легко связывается с тромбоцитами.

Дисфункция клеток эндотелия, вызванная воспалением, дополнительно ускоряет тромботическую реакцию.

Механизмы: выделяют три патогенетических механизма в развитии тромбообразования при коронавирусной инфекции: высвобождение цитокинов, нетоз, антифосфолипидные антитела. Высвобождение цитокинов. SARS-CoV2 представляет

собой коронавирус с одноцепочечной РНК, принадлежащий к семейству Coronaviridae, род бета-коронавирус, который проникает в клетки человека путем связывания «шип-белка» (S-белок) с рецептором ангиотензинпревращающего фермента 2 (АПФ2), действующим как основной рецептор SARS-CoV-2, что приводит к подавлению АПФ2 и более высокой экспрессии ангиотензина II. Ангиотензин II обладает выраженными вазоконстрикторными свойствами, а также увеличивает гиперкоагуляцию за счет усиления продукции тканевого фактора и ингибитора активатора плазминогена.

АПФ2 преимущественно экспрессируется эндотелиальными клетками легких, а также внелегочной тканью, сердцем, нервной системой, кишечником, почками, кровеносными сосудами, и мышцами, что может объяснить органную дисфункцию, наблюдаемую у пациентов с COVID-19. Однако основной и быстро достижимой мишенью являются альвеолоциты II типа, поражение которых вирусом приводит к диффузному альвеолярному повреждению, которое клинически проявляется развитием острого респираторного дистресс-синдрома. Связывание «шип-белка» с АПФ2 приводит к выработке воспалительных цитокинов, включая хемоаттрактант моноцитов белка 1 (MCP-1), трансформирующий фактор роста бета 1 (TGF- β 1), фактор некроза опухоли альфа (TNF- α), интерлейкин (IL)-1 β и IL-6, которые участвуют в гиперкоагуляции.

Высвободившиеся цитокины провоцируют интерстициальное воспаление, эндотелиальное повреждение и активацию коагуляции, в патогенезе которой ключевая роль принадлежит тканевому фактору (ТФ). Он выделяется моноцитами, а также поврежденными либо активированными вследствие действия цитокинов эндотелиальными клетками. Высвобождение ТФ приводит к активации внешнего пути свертывания крови. Гипервоспалительные реакции приводят к тканевым повреждениям, нарушению эндотелиального барьера и неконтролируемой активацией коагуляции. Не стоит забывать, что прямое вирусное повреждение эндотелия имеет решающее значение для активации коагуляции. Поскольку эндотелий ответственен за поддержание сосудистого тонуса и гомеостаза, его повреждение на различных уровнях может вызвать системную дисфункцию кровообращения, характеризующуюся сужением сосудов, с последующей ишемией пораженных органов и нарушением микроциркуляции.

Предполагается, что вирусопосредованная коагуляция происходит 4 основными способами: разрушение эндотелия, взаимодействие лейкоцитов и тромбоцитов, высвобождение цитокинов и высвобождение внутрисосудистого ТФ. Нетоз. Кроме экспрессии ТФ на моноцитах и макрофагах, активация нейтрофилов и выброс нейтрофильных внеклеточных ловушек (Neutrophil extracellular traps) также вызывают активацию свертывания и тромбозы. Благодаря избыточному и неконтролируемому формированию NET, нейтрофилы могут способствовать развитию патологического венозного и артериального тромбоза или «иммунотромбоза», а также играют важную роль в процессах атеротромбоза и атеросклероза. Иммуноотромбоз включает активное участие врожденной иммунной системы в формировании тромбоза посредством отчетливых клеточных и молекулярных взаимодействий. Важная роль в развитии иммуноотромбоза отводится лейкоцитам. В частности, моноциты и нейтрофилы активируют тромбоциты и коагуляционный каскад посредством различных

процессов. Также они продуцируют цитокины, которые оказывают проадгезивное и прокоагулянтное действие на эндотелиальные клетки. И наоборот, хемотаксис лейкоцитов и фагоцитарные функции координируют разрешение тромба. Как уже упоминалось выше, лейкоциты приводят к активации тромбоцитов. Фактически тромбоциты способствуют иммуноопосредованному ответу через прямое связывание или через белки плазмы микробных частиц, вызывая инфильтрацию тканей и, в критических фазах, тромбоцитопению.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ, ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И РАЗВИТИЕ РЕСТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ COVID-19, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ

Мухамаджанов И.М. - магистр кардиологии 3

**Научный руководитель: Таштимерова И.М. – к.м.н., доцент Кафедра
факультетской терапии**

Андижанский государственный медицинский институт

Тромбоциты и лейкоциты не только участвуют в двунаправленных путях, предназначенных для усиления защиты организма и сдерживания вируса, но и распро-страняют прокоагулянтное состояние как средство защиты. Дополнительные взаимодействия тромбоцитов и фактора фон Виллебранда с нейтрофильными внеклеточными ловушками (сетями) являются ключевыми механизмами в иммунотромбозе. После воздействия вируса, активированных тромбоцитов и цитокинов нейтрофилы подвергаются образованию сетей посредством процесса, называемого нетозом. Внеклеточные ловушки нейтрофильных клеток представляют собой матрицу ДНК, гистонов и различных нейтрофилов, обладающих антимикробными свойствами. Помимо обеспечения антимикробной защиты, сети играют фундаментальную роль в обеспечении каркаса для прокоагулянтных эффекторов, состоящих из тромбоцитов, фактора фон Виллебранда, тканевого фактора, внеклеточных гистонов, высокомолекулярной группы box-1, сериновых протеаз нейтрофильных клеток и фибриногена. Внеклеточные ловушки нейтрофильных клеток также обеспечивают каталитическую платформу для протеолитической активности нейтрофильных сериновых протеаз, таких как нейтрофильная эластаза, которая разрушает и изменяет функцию антикоагулянтов, таких как тромбомодулин. Гистон H4 связывается с протромбином и генерирует тромбин путем аутоактивации. Было также показано, что внеклеточные ловушки нейтрофилов связываются с фактором XII (фактор Хагемана), что приводит к его активации в FXIIa. Подтверждением нетоза при COVID-19 было обнаружение на аутопсии пациентов микроваскулярных тромбов, содержащих множество нейтрофилов с внеклеточными ловушками нейтрофилов (NET). Антифосфолипидные антитела. Еще один механизм вовлечения гемостаза в патогенез COVID-19 – это выработка антифосфолипидных антител. Китайскими авторами описаны 3 пациента с COVID-19, у которых тромботические осложнения, проявившиеся тромбозами артерий конечностей, ишемическими инсультами, возникли на 3, 10 и 18-й дни заболевания.



При детальном обследовании у всех были обнаружены антитела к β 2-гликопротеину-I, относящиеся к иммуноглобулинам (Ig) классов G и A, а также антикардиолипиновые антитела, относящиеся к IgA. Французскими авторами при обследовании 56 пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 у 25 (45 %) обнаружен волчаночный антикоагулянт, в то время, как антитела к β 2-гликопротеину и антикардиолипиновые антитела выявлены только у 5 (10 %). Коварство волчаночного антикоагулянта при COVID-19 заключается в том, что, с одной стороны, у людей определяется увеличение показателя активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), а с другой, – осложнение течения заболевания тромбозами. Более того, при наличии волчаночного антикоагулянта нельзя ориентироваться на показатель АЧТВ при назначении гепарина [21]. Диагностика. Ряд нарушений свертываемости крови обычно обнаруживается у пациентов с тяжелым COVID-19 и около 20–55 % пациентов COVID-19, поступивших в стационар, имеют лабораторные признаки коагулопатии.

В условиях пандемии клиницистам при лечении пациентов с COVID-19 нужны простые диагностические критерии, которые позволяют установить COVID-19 ассоциированную коагулопатию и определить исходя из этого тактику лечения. Наиболее значимыми являются D-димер, протромбиновое время, количество тромбоцитов, плазменная концентрация фибриногена (показатели расположены в порядке убывания прогностической значимости). Степень повышения концентрации D-димера в крови является наиболее значимым изменением в системе гемостаза у пациентов, и может использоваться как прогностический параметр, отражающий тяжесть состояния человека. Увеличение показателя протромбинового времени характерно не только для COVID-19. Этот показатель значимо не различался у пациентов с пневмонией, вызванной SARSCoV-2, и пневмониями другой этиологии. В то же время при COVID-19 увеличение показателя протромбинового времени ассоциируется с тяжестью состояния. В отличие от ДВС, при котором одним из диагностических критериев является гипофибриногемия, при COVID-19 чаще встречается гиперфибриногемия. Фибриноген – это белок острой фазы, содержание которого повышается при воспалении. Однако на поздней стадии болезни уровень фибриногена был достоверно ниже (6 раз верхней границы нормы) показала более низкие показатели смертности при введении НМГ (40–60 мг эноксапарина в сутки) или НФГ (10 000–15 000 ЕД/сут.), чем те, которые не получали их.

Известен ряд точек приложения гепарина при COVID-19 ассоциированной коагулопатии. Помимо того, что гепарин является антикоагулянтом, в легких он снижает воспаление и тромбообразование, выраженность ОРДС, улучшает оксигенацию; уменьшает образование тромбов в коронарных артериях и полостях сердца, выраженность миокардиопатии и кардиальной дисфункции вследствие ишемической гипоксии субэндотелиального слоя; в остальных органах также уменьшает выраженность микрососудистой ишемии, полиорганной дисфункции, выраженность отека и капиллярной утечки. К тому же, являясь анионом, связывает протеины и ингибирует тем самым присоединение вируса. Гепарин также имеет широкий диапазон положительных эффектов: антиатеросклеротический, анальгезирующий, противовоспалительный, противоаллергический, иммуносупрессивный, гиполипидемический, диуретический, калийсберегающий.

Стоит отметить особенности фармакокинетики антикоагулянтов у пациентов с почечной недостаточностью.

Хроническая болезнь почек (ХБП) ассоциируется с нарушенным связыванием белков плазмы и последующим увеличением концентрации препарата в крови. Экскреция препаратов почками происходит в основном путем клубочковой фильтрации и реже – через канальцевую секрецию и реабсорбцию. При ХБП снижается как клубочковая, так и канальцевая секреция и, как следствие, увеличивается период полувыведения препаратов. В связи с наличием почечного пути выведения у всех пероральных антикоагулянтов, их фармакокинетика, в той или иной мере, меняется при снижении скорости клубочковой фильтрации, что требует коррекции дозы препаратов в зависимости от клиренса креатинина. Следовательно, применение антикоагулянтов для профилактики тромбоэмболических осложнений COVID-19 требует особого внимания у пациентов с хронической болезнью почек. Также не рекомендуется использовать НМГ и фондапаринукс натрия у пациентов с выраженной почечной недостаточностью или быстро меняющейся функцией почек.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Акбаров Мухаммадамин-педиатрический факультет, группа 538 студентов
Научный руководитель: Худойбердиева М.Ж., ассистент кафедры фтизиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Введение. По данным официальной статистики на конец 2019 года, в России живет примерно миллион человек с ВИЧ инфекцией. По оценкам различных специалистов реально в России 1,5-2 миллиона инфицированных [Крамченко В., 2019]. Несмотря на достижения медицинской науки и опыта профилактики в борьбе с ВИЧ-инфекцией, остановить распространение ее пандемии пока не удастся [1,2,4,5]. Тревожным фактом является увеличение числа ВИЧ- инфицированных людей и в Республике Узбекистан. Доказано, что у ВИЧ- инфицированных людей туберкулез развивается более чем в 70% случаев и одновременно является признаком, указывающим на прогрессирование иммунодефицита. Как отмечено в литературе, в последние годы стал превалировать внелегочный туберкулез, в частности туберкулез периферических лимфатических узлов, плевриты.

Целью данного исследования явилось: изучить частоту патологии печени у ВИЧ-инфицированных больных в сочетании с различными формами туберкулеза.

Материалы и методы исследования: проведен анализ 179 пациентов ВИЧ инфицированных, находившихся на лечении в Андижанском противотуберкулезном диспансере в течение двух лет. Из 53 взрослых взрослые пациенты, 126 дети и подростки.

Результаты исследования и их обсуждение: при поступлении в противотуберкулезной диспансер всем больным кроме рутинных методов исследования проводилось соннографическое исследование органов печени. Поскольку выявленные изменения в данном органе в сочетании с биохимическими



анализами позволяют корректировать этиотропную терапию, для предупреждения развития побочного действия противотуберкулезных препаратов.

В исследованной группе больных отмечено превалирование лиц мужского пола- 117 (65,4%) ; женщин было почти в два раза меньше. Наиболее часто сочетанная патология наблюдалась в возрасте 26- 30 лет-(64,2%). В данной разработке установлено, проживание основной массы пациентов на селе 67%, поэтому многие из них не имели постоянную работу. У 72 ВИЧ-инфицированных пациентов туберкулез установлен в процессе до обследования в СПИД центре. 109 пациентов туберкулез был выявлен в течение 3- 4 лет с момента взятия на учет по поводу ВИЧа, причем у 18 имелся контакт с больными туберкулезом. Проведенное ультрасонографическое исследование у 98 больных установило изменение в печени. У данных больных при выяснение анамнестических данных выявлено, что 47 из них перенесли гепатит В- 39 и С- 8. Причем больные с перенесенными гепатитами при поступлении жаловались на боли и тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, изжогу, снижение массы тела. Лабораторные исследования анализа крови у 98 пациентов выявили различной степени выраженности признаки анемии, умеренный лейкоцитоз наблюдался у 46 больных, снижение белков плазмы крови, также установлено почти у всех пациентов. При изучении структуры туберкулеза превалировал инфильтративный туберкулез, из них имели бактериовыделение и у имелись полости распада.

Туберкулез у ВИЧ-инфицированных пациентов часто протекает на фоне хронического поражения печени полиэтиологической природы (вирусной, токсической, алкогольной). Отмечена высокая частота туберкулезная поражения печени достигающая при генерализованном гематогагном туберкулезе (85%). Особенности патоморфологии печени необходимо учитывать как при терапии туберкулеза, так и при верификации причин поражения печени. Вследствие иммунодефицита происходят изменения в том числе и в селезенке в виде спленомегалии и добавочной долики –у 7-10 % ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом.

При проведении УЗИ у 123 больных выявлено увеличение размеров печени за счет обеих долей (увеличения размеров правой доли на 5-9 см, левой на 3-6 см); у больных 109 отмечены диффузные изменения в паренхиме различной степени выраженности, еще в 4 случаях - жировой гепатоз. У большинства детей из 126 у-85 больных наряду с увеличением печени, имелось поражение селезенки в виде диффузных изменений в паренхиме, увеличение ее размеров. Проведенный анализ состояния иммунной системы установил: у ВИЧ- инфицированных при CD- 4 более 500, общие симптомы патологии были скудными или отсутствовали. Биохимические исследования были в пределах нормы. У ВИЧ- инфицированных при CD 4 равное 200 и ниже отмечалось у 47 пациентов с гепатитами.

Всем пациентам была назначена антибактериальная терапия согласно протоколам ВОЗ и национальной программы борьбы с туберкулезом. Биохимические анализы у пациентов с перенесенными гепатитами до начала этиотропного лечения находился у верхней границы нормы. Все пациенты с гепатитами в анамнезе были консультированы инфекционистом и терапевтом, по мере необходимости назначались симптоматические препараты, включая растительные гепатопротекторы. Однако, несмотря на это у 12 пациентов через 2- 3 недели от начала лечения отмечалось

повышение трансаминаз, появились клинические симптомы. Больным произведена коррекция гепатопротекторов и контрольное УЗИ печени, позволили у 8 больных восстановить прежнюю схему химиотерапии, 4 изменена схема лечения, эти пациенты переведены на альтернативные схемы, у этих больных наблюдалось присоединение пневмоцистной пневмонии, параллельно отмечалось ухудшение биохимических анализов. В связи с этим, все антибактериальные препараты были отменены. Однако состояние 2 пациентов прогрессивного ухудшалось и они погибли. Выводы. ВИЧ- инфицированные пациенты, больные различными формами туберкулеза наряду с традиционными методами обследования должны подвергаться ультразвуковой соннографии. Этот метод является неинвазивным, не имеет лучевую нагрузку и позволяет выявить изменения в органах брюшной полости в частности печени. Это позволяет своевременно проводить симптоматическую гепатопротекторную терапии, что позволяет предупредить развитие непереносимости противотуберкулезных препаратов.

УМУРТКА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ ВА ДИСТРОФИК ЎЗГАРИШЛАРИНИ ЭРТА ДАВРИДА ВИЗУАЛ-ПАТОГЕНЕТИК ТАШХИСЛАШ.

**Нарматова Д.М, Маҳкамов Н.Ж.
Андижон давлат тиббиёт институти.**

Ишнинг долзарблиги Мамлакатимизда тиббиёт соҳасида кечаётган янги исхотлар натижасида беморларни ташхислаш кенг тарқалган магнит резонансли томография (МРТ) текшируви каби юкори ташхислаш информациясига эга бўлган замонавий диагностик анжомларни амалиётда қўлланиши сабабли, умуртка поғонаси хасталикларини тўғри ташхислаш имконияти мавжуд бўлди. МРТ текшириш усули аниқ ташхислаш характерга эга бўлиб, умуртка поғонаси ҳамда умуртка канали хосилаларини фронтал ва сагитал кесимларда контраст модда юбормасдан текшириб аниқлаш имкониятини яратади. Беморларда умуртка дегенератив касалликларининг эрта давридаги асорати туфайли юзага келувчи дискорадикуляр зиддият ҳолатларига узил-кесил барҳам берувчи клиник-патогенетик асосанган ҳолда даволаш услуги хисобланади.

Мақсад ва материаллар Умуртка поғонаси дегенератив ва дистрофик жараёнларининг эрта даврига хос ўзгаришлар барча кузатувимиздаги беморларда аниқланиб, айрим беморларда битта дискда, асосий қисмни ташкил қилган беморларда икки ва ундан ортиқ дискларда учради. Дегенерацияга хос ўзгаришлар қуйдагилар: диск шаклининг ўзгариши, баландлигининг қисқариши, пулпоз ядронинг чегараларини ноаниқлиги ва МРТ сигналларининг сустигида дискнинг дегидратация ҳисобига ўзгаришида кетма-кет кузатиловчи 3 босқични тафовут қилиш мумкин: а) умурткалараро диск соҳасидаги дирилдоқ ядронинг патологик силжиши; б) дискнинг бўртиб чиқиши; в) диск чурраларининг ҳосил бўлиши (ҳосил бўлган дискнинг секвестрланган чурра). Стенозга учраган умуртка сегменти ҳудудида жойлашган, орқа мия нерв илдизчаларининг янги шароитга адекват мослашишидан далолат беради.

Умуртқа поғонгаси эрта даври касалликларида аниқлик киритилиши лозим бўлган баъзи бир ҳолатлар, яъни умурткалари протрузияси ва умурткалари остеохондрози биргаликда бўлган, аммо кузатилаётган дисклараро дегенерация жараёнини маълум даражада жадаллашишини олдини олишга қаратилган янги ташхисдаш ва даволаш усуллари келажакда тадбиқ этишни тақозо этади.

Кузатувимиздаги 117 та беморнинг мукамал ортопедо-клиник ва ташхислаш текширувлари асосида, куйидаги ташхислаш ва даволаш услубларини қўллаган ҳолда амалётларни амалга оширдик:

75 (73.6%) та беморда протрузия ва диск чурраси кузатилганлиги сабабли консерватив ва физиотерапия услубини қўлладик.

17 (17.1%) та беморда умурткалари протрузияси, остеохондрози, диск чурраси, кузатилганлиги сабабли дистракцион-функционал тортмани ўтказдик.

25 (9.3%) та беморда умурткалари остеохондрози, диск чурраси, , бўғим юзалари гипертрофияси кузатилганлиги сабабли антибиотикотерапия, медикаментоз-консерватив услубида даволаш амалиётини бажардик.

Хулоса қилиб айтганда, визуал ташхислаш ўтказилган 117 беморнинг МРТ текширувларининг тахлилидан маълум бўлдики, умурткадаги патологик ўчоғни қайси умуртқа сегментида жойлашганини, компрессияловчи омилни, умуртқа каналини умумий хажмини, фронтал ва аксиал кесимда неча фоиз ишғол қилинганини аниқ ташхислаш ва лозим, структур-функционал кўрсатмаларни ишлаб чиқиб ва унга асослаб ташхислаш имкониятини яратади.

Шундай қилиб, визуал-патогенетик усулида ташхислаб даволашда унинг ортопедик хусусиятларини инобатга олган ҳолда, бажарилган даволаш усуллари эрта даврдаги дискорадикуляр зиддиятларга сабабчи булган барча омилларни бартараф қилиш имкониятига эга.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ

**Одилжонов Б. – студент 4-курса, лечебного факультета
Научный руководитель: Исакова Д.З.**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Анализ клиники острого инфаркта миокарда выявил резкое возрастание риска внезапной смерти и развития тяжелых осложнений именно в молодом возрасте. Развитие в качестве осложнения постинфарктной аневризмы ЛЖ с быстрым формированием сердечной недостаточности на сегодняшний день делает медикаментозно лечение малоэффективным и заставляет совершенствовать такие методы прямой реваскуляризации миокарда, как аорто-коронарное шунтирование и стентирование коронарных артерий.

Срок существования («возраст») окклюзии определяется, как время от первого появления клинических признаков заболевания, косвенно указывающих на



возможность развития в этот период окклюзии, или от результатов предшествующего обследования до ангиографического подтверждения факта наличия окклюзии.

Реваскуляризация миокарда является общепринятым и эффективным методом лечения ИБС уже на протяжении полувека. Прямая реваскуляризация миокарда осуществляется хирургическими и эндоваскулярными методами. Наибольшее применение получило аортокоронарное шунтирование и транслюминальная баллонная ангиопластика, а впоследствии стентирование коронарных артерий, объединенные общим термином «чрескожные коронарные вмешательства».

Цель исследования. Оценить эффективность аутоартериальной реваскуляризации миокарда для улучшения результатов комплексного лечения больных ИБС с многососудистым поражением коронарных артерий.

Материал и методы исследования. Клинический материал исследования составили 60 последовательных больных ИБС, которым в клинике АГМИ.

Результаты исследования. У больных ИБС с многососудистым поражением аутоартериальная реваскуляризация миокарда, по сравнению с традиционными операциями, сопровождается снижением летальности и частоты послеоперационных осложнений (кровотечений, периоперационных ИМ, аритмий и ОНМК).

Аутоартериальная реваскуляризация, в сравнении с классической операцией КШ, в отдаленном послеоперационном периоде сопровождается повышением показателя выживаемости (на 3,5%), снижением частоты развития ИМ (на 3,5%), меньшим числом рецидивов стенокардии (на 14,4%) и улучшением качества жизни.

Использование аутоартериального композитного шунтирования и операции на работающем сердце, в сравнении с традиционным коронарным шунтированием, позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений, снизить частоту рецидивов

стенокардии (на 15,5%), частоту развития ИМ (на 5,7%) и улучшить выживаемость (на 4,6%). Внутренние грудные артерии и артериальные композитные шунты имеют лучшую проходимость (ЛВГА - 100%, ПВГА - 95,5%, композитные шунты - 95,8%), в сравнении с лучевой артерией (ЛА - 90,9%). Функционирование артериальных шунтов зависит от выраженности стенозов в шунтируемых артериях.

Проведение артериальной реваскуляризации миокарда у пациентов с высоким риском осложнений, в сравнении с традиционным коронарным шунтированием, сопровождается лучшими показателями "свободы от стенокардии и инфаркта миокарда" в отдаленном послеоперационном периоде.

Вывод. На сегодняшний день остаются нерешенными множество вопросов, связанных с диагностикой ИБС, а также тактикой ее хирургического лечения у пациентов молодого возраста. Остаются неопределенными ведущие факторы риска развития осложнений и смертности в непосредственном и отдаленном периодах после выполнения хирургического лечения ИБС у молодых пациентов, их сопоставимость с таковыми у пациентов пожилого возраста, а также тактика выбора хирургического лечения. Требуют определения прогностические критерии улучшения функционального состояния миокарда после его реваскуляризации на дооперационном этапе обследования.



ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

**Олимжонов Б.О. – студент 4-курса, лечебного факультета
Научный руководитель: Артикова С.Г.**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней педиатрического факультета
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, несмотря на существенный прогресс последних десятилетий в сфере диагностики и лечения кардиоваскулярной патологии. Экспертами Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируется дальнейший рост сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности как в развитых, так и развивающихся странах, обусловленный старением населения и особенностями образа жизни (ОЖ).

ССЗ – ведущая причина смерти населения РФ (вклад в общую смертность составляет 57 %). Согласно данным официальной статистики около 40 % людей в России умирают в активном трудоспособном возрасте (25–64 года). Смертность мужчин трудоспособного возраста от ишемической болезни сердца (ИБС) в России выше, чем во Франции, более чем в 10 раз, от мозгового инсульта (МИ) – в 6 раз.

Рассматривается проблема сосудистой коморбидности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, ее влияние на риск развития сердечно-сосудистых катастроф, общие причины и подходы к профилактике и лечению сосудистой коморбидности.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности назначения валсартана и моноприла у больных ХОБЛ в сочетании с гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследования. Обследованы 48 пациентов (45 мужчин и 3 женщины), страдавшие ХОБЛ 2–3 стадии в фазе обострения на фоне АГ. Средний возраст пациентов составил $53,4 \pm 3,6$ года. Диагноз основного и конкурентного заболевания подтверждается комплексом необходимых клиникофункциональных исследований. По поводу ХОБЛ больные получали антибактериальную терапию, беродуал посредством небулайзерной терапии, для коррекции артериального давления назначали валсартан (Диован, Novartis) 28 пациентам в начальной дозировке 80 мг/сутки.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствовали о наличии у пациентов частично обратимой бронхиальной обструкции и о смешанном обструктивно-рестриктивном варианте дыхательной недостаточности 1–2 ст с объемом форсированного выхода за 1 секунду (ОФВ₁) до $74,2 \pm 7,3\%$ и пиковой скоростью выхода (ПСВ) $62,5 \pm 9,1\%$. Контроль липидного обмена выявил повышение общего холестерина (ОХ) до $5,47 \pm 0,81$ ммоль/л в сочетании с повышением коэффициента атерогенности (КА) до $5,7 \pm 1,4$ усл. ед.

Показатели АД исходно составляли $164 \pm 2,1/96,8 \pm 0,7$ мм рт.ст. Через 3 недели лечения указанные показатели достоверно снизились и составили $132 \pm 1,1/82,3 \pm 0,8$

мм рт.ст, причем у 25 пациентов (89%) первой группы и у 14 пациентов (70%) второй группы АД достигло целевого уровня. У пациентов первой группы не отмечено статистически значимого влияния валсартана на концентрацию ОХ, триглицеридов, уровня глюкозы крови натощак.

При включении в комплексное лечение моноприла (пациенты 2 группы) зарегистрировано улучшение липидного обмена, что проявилось достоверным снижением ОХ до $4,86 \pm 0,42$ ммоль/л ($p < 0,05$), уменьшением КА до $2,75 \pm 0,34$ усл. ед., наряду с повышением уровня липопротеидов высокой плотности с $1,1 \pm 0,15$ ммоль/л до $1,32 \pm 0,34$ ммоль/л. Показатели функции внешнего дыхания сохранялись стабильными в обеих группах, однако у 3 пациентов на фоне приема моноприла было отмечено индуцирование бронхоспазма и появление кашля, что потребовало уменьшения дозы препарата. Ни у одного из пациентов 1 группы не зарегистрировано побочного действия препарата.

Вывод. У больных ХОБЛ в сочетании с АГ валсартан, моноприл позволяют эффективно контролировать показатели АД, совместимы с базисными средствами лечения ХОБЛ и не ухудшают вентиляцию легких. Моноприл, кроме того, достоверно улучшает показатели липидного обмена.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АНОВУЛЯЦИОННЫХ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ГЕМОСТАЗУ

Выполнила: Парпиева Ш.О.

**Научный руководитель: Якубова О.А. Кафедра акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Маточные кровотечения в виде меноррагий, метроррагий являются частой формой нарушений менструальной функции в репродуктивном периоде. Приблизительно 5-10% женщин в популяции, не имеющих факторов риска (прием гормональных и внутриматочных контрацептивов) страдают меноррагиями.

При этом для возникновения маточного кровотечения значение имеет локализация миоматозного узла, а не его величина.

В перименопаузе частота ЖГЭ, клинически проявляющейся маточными кровотечениями, колеблется от 9,5% до 30,6%. Основной жалобой у 42,5%-50% женщин с внутренним эндометриозом являются жалобы на менометроррагии. Клиническое проявление острых и хронических воспалительных процессов эндометрия в виде маточных кровотечений встречается, по мнению различных авторов, у 41,9%-99,2% больных.

Цель исследования. оценить эффективность лечения и профилактики ановуляционных аномальных маточных кровотечений у женщин репродуктивного возраста при дифференцированном подходе к гемостазу.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи было отобрано в общей сложности 50 женщин репродуктивного возраста с целью применения дифференцированного подхода к гемостазу при ановулярных



аномальных маточных кровотечений и мер по их коррекции и профилактике современными методами.

Результаты исследования. У больных с АМК и миомой матки, ГПЭ, аденомиозом, эндометритом сочетание патологии репродуктивной системы и нарушений системы гемостаза геморрагической направленности выявляется в 61,9% случаев, что и определяет клиническое течение и тактику ведения этих больных. В структуре нарушений системы гемостаза выявлены скрытые дефекты микроциркуляторно-тромбоцитарного звена гемостаза с нарушением агрегационной функции тромбоцитов и синдромом Виллебранда. При этом врожденные тромбоцитопатии составили 41,1%, приобретенные-58,9%.

У пациенток с АМК и миомой матки сочетание патологии репродуктивной системы и системы гемостаза выявляется в 60,6% случаев. У больных с сочетанной формой АМК и миомой матки субмукозное расположение миоматозных узлов определяется лишь у 40% больных. В то время как у пациенток с изолированной формой АМК кровотечение в 77,9% случаев обусловлено субмукозной или интрамуральной локализацией узлов с деформацией полости матки.

У пациенток с АМК и гиперпластическими процессами эндометрия сочетание патологии репродуктивной системы и системы гемостаза выявляется в 63,3% случаев. При этом у больных с сочетанной формой АМК и гиперплазией эндометрия в 52,6% случаев не было получено гистологического подтверждения гиперплазии эндометрия, т.е. имеет место «псевдогиперплазия» эндометрия.

Проведение терапии, направленной на коррекцию нарушений системы гемостаза у больных с сочетанной формой АМК и гиперпластическими процессами эндометрия позволило достичь в 84,2% случаев клинического эффекта в виде остановки кровотечения и изменений УЗ-показателей эндометрия в динамике менструального цикла, а так же нормализации последующей менструальной функции.

Вывод. Определены клинические и лабораторные критерии выявления скрытых и приобретенных нарушений системы гемостаза у больных с АМК и различной гинекологической патологией.

Разработаны принципы дифференциальной диагностики сочетанных форм АМК у больных с миомой матки, ГПЭ, сочетанной гинекологической патологией и эндометритом.

Определена ведущая роль изменений гемостаза в патогенезе АМК, что позволяет проводить первоначальную адекватную коррекцию выявленных нарушений геморрагической направленности без применения гормональной терапии и проведения оперативного вмешательства;

Разработаны принципы терапии и ведения больных с АМК и миомой матки, ГПЭ, сочетанной гинекологической патологии, эндометритом с использованием неспецифической гемостатической терапии в индивидуальном режиме, что обеспечивает как остановку маточного кровотечения, так и нормализацию менструальной функции и улучшение качества жизни пациенток, а также помогает подготовить их к хирургическому лечению.



ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ГЕМОСТАЗУ ПРИ АНОВУЛЯЦИОННЫХ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И МЕРЫ ПО ИХ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

**Выполнила: Парпиева Ш.О. Научный руководитель: Якубова О.А. Кафедра
акушерства и гинекологии №2
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Нарушения менструальной функции в виде маточных кровотечений являются формой клинического проявления самых разнообразных гинекологических заболеваний, и наблюдаются при гиперпластических процессах эндометрия, миомах матки, аденомиозе, гормонально-активных опухолях яичников, сочетании различных патологических процессов органов малого таза.

Клиническая манифестация в виде АМК является частой жалобой женщин с наличием коагулопатий, врожденных или приобретенных. Известно, что около 50% женщин с меноррагиями не страдают системными заболеваниями и не имеют органной патологии, но имеют овуляторный менструальный цикл.

Из наследственных нарушений гемостаза в популяции среди женщин наиболее часто встречаются тромбоцитопатии, болезнь Виллебранда, гемофилия А и В. Из наследственных геморрагических диатезов тромбоцитопатии встречаются наиболее часто – у 36% от общего числа больных. Среди приобретенных форм геморрагического диатеза преобладают тромбоцитопении, тромбоцитопатии, ДВС-синдром.

Цель исследования. Целью исследования является применение дифференцированного подхода к гемостазу при ановуляционных аномальных маточных кровотечениях у женщин репродуктивного возраста и мер по их коррекции и профилактике современными способами.

Материалы и методы исследования. Чтобы выполнить поставленную перед нами задачу, мы выбрали дифференциальный подход к гемостазу при аномальных маточных кровотечениях при ановуляции в общей сложности у 50 женщин репродуктивного возраста и изучили меры по их коррекции и профилактике современными методами.

Результаты исследования. У пациенток с АМК и сочетанной гинекологической патологией (миома матки и ГПЭ, миома матки и аденомиоз, миома матки, ГПЭ и аденомиоз) комбинация патологии репродуктивной системы и системы гемостаза выявлена в 52,2% случаев, из них у 36,4% определялось субмукозное и интрамуральное расположение миоматозных узлов. Тогда как в группе с изолированной формой АМК аналогичное расположение выявлялось у 88,9% пациенток.

У пациенток с АМК и эндометритом сочетание патологии репродуктивной системы и системы гемостаза выявляется в 68,8% случаев, и обусловлено это развитием вторичных нарушений свертывания крови с явлениями локального ДВС-синдрома на фоне воспалительного процесса в пределах эндометрия и развитием тромбоцитопатии потребления.

У больных с рецидивирующими АМК и гинекологической патологией обязательно проведение гемостазиологического исследования с преимущественной оценкой тромбоцитарного звена. Коррекция выявленных нарушений свертывания крови позволяет добиться эффективности лечения более чем в 80% случаев без проведения гормонального лечения и оперативного вмешательства.

Вывод. В патогенезе АМК нарушения системы гемостаза геморрагической направленности играют значительную роль и выявляются в 52,2%-68,8% клинических наблюдений, при этом имеет место сочетание патологии репродуктивной системы и нарушений системы гемостаза;

У больных с сочетанной формой АМК и миомой матки, ГПЭ, аденомиозом, эндометритом, патология репродуктивной системы имеет не столь выраженный характер, как при изолированной форме АМК, однако клинические проявления в виде нарушений менструальной функции у больных с сочетанной формой АМК носят стойкий рецидивирующий характер;

В патогенезе АМК нарушения микроциркуляторно-тромбоцитарного гемостаза геморрагической направленности играют значительную роль, поскольку только коррекция выявленных нарушений позволяет обеспечить как остановку АМК, так и последующую нормализацию менструальной функции.

УЛУЧШЕНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ

**Выполнила: Пулатова Д, студентка 5 курса лечебного факультета. Научный
руководитель: Парманкулова Ю.Д. Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Первичная глаукома (ПГ) включает в себя несколько форм заболевания, при которых подъем внутриглазного давления (ВГД) возникает в результате нарушения отведения водянистой влаги по причине развития функциональных гидродинамических блоков: зрачкового или ангулярного. Гидродинамический ангулярный блок представляет собой функциональное закрытие угла передней камеры (УПК) в анатомо-топографически предрасположенных глазах.

В результате функционального блока УПК возникают эпизоды нарушения оттока внутриглазной жидкости, сопровождающиеся волнообразными подъемам ВГД, при каждом из которых происходит повреждение волокон зрительного нерва с необратимой утратой зрительных функций.

Неблагоприятное соотношение биометрических показателей глазного яблока является причиной формирования анатомически узкого УПК, а в дальнейшем, ввиду сопутствующих возрастных изменений инволюционного характера, возникновения гидродинамического блока УПК и повышения ВГД.

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации пациентов с первичной ЗУГ, путём создания системы дифференциальной диагностики типов внутриглазных блоков и патогенетически ориентированных методов хирургического лечения.



Материалы и методы исследования. Изучены результаты ПГ у 80 пациентов. Всем пациентам была проведена ультразвуковая биомикроскопия аппаратом MaxП с использованием датчика с частотой 35 и 50 МГц.

Результаты исследования. Разработанная и клинически апробированная оригинальная технология одномоментной, ступенчатой, комбинированной лазерной иридэктомии для тёмнопигментированной «губчатой» структуры радужки, заключающаяся в создании искусственной лакуны импульсным 1Чс1:УАС лазером, с последующей коагуляцией стромы радужки Ыс1:УАО лазером с удвоением частоты и полупроводниковой накачкой и затем формированием сквозного отверстия импульсным Ыс1:У АО—лазером, позволила повысить результативность лазерного вмешательства при первичной закрытоугольной глаукоме.

Исследованиями подтверждено, что лазерная иридэктомия является эффективным, патогенетически обоснованным способом лечения, способствующим стойкой компенсации офтальмогонуса и открытию УПК при относительном зрачковом блоке на ранних стадиях заболевания до формирования синехиальной облитерации угла передней камеры.

Лазерная иридэктомия, выполненная перед факоэмульсификацией, при блоке, индуцированном хрусталиком, и сочетании внутриглазных блоков в одном глазу является подготовительным этапом с частичным снижением ВГД от исходного уровня, что позволяет оптимизировать проведение хирургии хрусталика.

Показаниями к проведению факоэмульсификация хрусталика являются блок, индуцированный хрусталиком, и сочетание внутриглазных блоков в одном глазу, независимо от наличия и интенсивности помутнений хрусталика.

Факоэмульсификация при первичной закрытоугольной глаукоме с хрусталиковым блоком и комбинацией внутриглазных блоков в одном глазу способствует их устранению и восстановлению пространственных соотношений структур иридоцилпарной зоны.

Впервые найденная и визуализированная при помощи ультразвуковой биомикроскопии совокупность анатомо-топографических соотношений структур глаза, специфичных для различных типов внутриглазных блоков, позволяет провести дифференциальную диагностику различных механизмов блокады угла передней камеры и выбрать патогенетически ориентированный метод лечения первичной закрытоугольной глаукомы.

Вывод. Обоснована целесообразность удаления хрусталика методом факоэмульсификации, независимо от его толщины и наличия катарактальных изменений при блоке, индуцированном хрусталиком, и сочетании блоков в одном глазу, что указывает на необходимость включения данного вмешательства в комплекс антиглаукоматозных операций при ЗУГ.



ИЗУЧЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ, ИХ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

**Выполнила: Пулатова Д, студентка 5 курса лечебного факультета. Научный
руководитель: Парманкулова Ю.Д. Кафедра офтальмологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Глаукома включает заболевания, которые объединяют определенные клинические признаки. К ним относятся: оптическая нейропатия, типичные изменения функции зрения (утрача центрального поля зрения и периферического), атрофия (экскавация) диска зрительного нерва, повышение внутриглазного давления.

Заболевание возникает у людей старше 40 лет, и с годами его частота только увеличивается, составляя примерно 20-30% от всех выявляемых случаев первичной глаукомы. Особенно часто первичная глаукома встречается среди жителей Юго-Восточной Азии, эскимосов, китайцев. Патология имеет генетически обусловленную природу наследования, поэтому очень высокий риск возникновения заболевания имеют родственники первой линии из-за предрасполагающих анатомических особенностей строения органа зрения.

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации пациентов с первичной глаукомы, путём создания системы дифференциальной диагностики типов внутриглазных блоков и патогенетически ориентированных методов хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты ПГ у 80 пациентов. Всем пациентам была проведена ультразвуковая биомикроскопия аппаратом MaxП с использованием датчика с частотой 35 и 50 МГц.

Результаты исследования. Анатомической предпосылкой к появлению и развитию первичной закрытоугольной глаукомы является смещение цилиарного тела относительно склеральной шпоры кпереди, объективно определяемое методом ультразвуковой биомикроскопии.

При относительном зрачковом блоке ультразвуковой биомикроскопией выявляется совокупность анатомо-топографических признаков: полное отсутствие дистанции «трабекула-радужка», выраженная проминенция преимущественно прикорневой зоны радужки, треугольная конфигурация задней камеры при достоверном ($p < 0,01$) увеличении её глубины и площади сечения в 1,4 раза по сравнению с глазами пациентов пресбиопического возраста с гиперметропической рефракцией без признаков глаукомы.

При сегментарно определяемом в глазах с закрытоугольной глаукомой синдроме по типу плоской радужки методом ультразвуковой биомикроскопии объективно диагностируется совокупность анатомо-топографических признаков: исчезновение дистанции «трабекула-радужка», наличие плоского профиля радужки, уменьшение треугольной формы задней камеры по площади сечения в 2 раза по сравнению с глазами пациентов пресбиопического возраста с гиперметропической рефракцией без признаков глаукомы, отсутствие цилиарной борозды за счет ротированных вперед и

прилежающих на значительном протяжении к задней поверхности радужки цилиарных отростков.

При первичной закрытоугольной глаукоме, индуцированной хрусталиком, методом ультразвуковой биомикроскопии определяется совокупность анатомо-топографических признаков: сегментарное отсутствие дистанции трабекула-радужка», проминенция вперед всей поверхности радужки, сокращение расстояния между радужкой и хрусталиком в 1,5-2 раза по сравнению с глазами пациентов пресбиопического возраста с гиперметропической рефракцией без признаков глаукомы, изменение формы задней камеры до дугообразной конфигурации с уменьшением площади сечения в 1,4 раза по сравнению с глазами пациентов пресбиопического возраста с гиперметропической рефракцией без признаков глаукомы в сочетании с полной задней отслойки стекловидного тела высотой в среднем до $3,36 \pm 0,18$ мм и формированием ретровитреального пространства, что создает предрасположенность или комбинацию с витреальным блоком.

Вывод. Разработанная и клинически апробированная оригинальная технология одномоментной, ступенчатой, комбинированной лазерной иридэктомии с использованием различных источников лазерной энергии, учитывающая специфику структуры тёмнопигментированной «губчатой» радужки коренных жителей Узбекистана, позволяет уменьшить суммарную мощность коагуляционного лазера в 2 раза и суммарную энергию импульсивного лазера в 4 раза, тем самым снижая травматичность лазерного воздействия.

СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Расулова Гульмира Рустамжонкизи

**Андижанского государственного медицинского института Кафедра акушерства
и гинекологии Научный руководитель: доцент Юлдашева О.С.**

Гипертензивные состояния - это наиболее частое осложнение беременности неблагоприятно влияющий на исход беременности и родов для матери и плода. Частота возникновения тяжелой преэклампсии колеблется от ,2% до 6%, по данным разных авторов, и является одной из причин материнской и перинатальной смертности

Материалы и методы исследования

Произведен ретро и проспективный анализ 20 беременных с тяжёлой преэклампсии.

Средний возраст обследованных беременных находился в пределах от 20 до 38 лет, и составив $25,2 \pm 4,6$ лет. Изучение паритета у данных больных выявило, что преэклампсия тяжёлой степени и эклампсия более выражены у первобеременных (56,2%), в то время как у повторнобеременных встречается на фоне экстрагенитальной патологии.

Практически у всех беременных тяжелая преэклампсия протекала на фоне экстрагенитальной патологии, наиболее частыми и основными заболеваниями являлись железодефицитная анемия - 92,3%, неосложненная инфекция мочевыводящей



системы- 47,4%, нарушения гепатобилиарной системы-21,4%.

Анализ течения настоящей беременности выявил высокую частоту осложнений: 18% случаев имело место рвота беременных, угроза выкидыша-37,4%, угроза преждевременных родов 21% многоводие-1,7%, многоплодие-2,4 % фетоплацентарная недостаточность 1 и 2 степени при доплерометрии

Беременные с тяжелой преэклампсией были госпитализированы в реанимационное отделение городского родильного дома №2 в сроке 37-38 недель 20 беременных. и 5 рожениц в сроке 40 недель поступили в первом периоде родов

Наиболее частыми клиническими симптомами заболевания были головная боль тошнота рвота мелькание мушек перед глазами, болезненность в правом подреберье, субиктеричность склер и кожных покровов на фоне артериальной гипертензии протенурии и отеков.

Умеренные отеки и протеинурия имели место у всех беременных, а у 5 носило характер анасарки с наличием транссудата в брюшной полости. У всех обследованных были проведены инструментальные и лабораторные исследования на основании которых в сочетании с клиническими данными была диагностирована тяжелая преэклампсия при котором отмечалась увеличение содержания креатинина мочевины билирубина и его непрямои фракции количества транфераз - АЛТ (от 0,94 до 3,22ммоль/л), АСТ (от 0,74 до 1,94 ммоль/л) , тромбоцитопения, прогрессирующая анемия.

Через естественные родовые пути родоразрешено 10 обследованных , из них 5 поступили в I периода родов. 5 беременным на фоне магнизиальной терапии по Зуспану мы применяли гландин во влагалище при зрелой шейке произвели амниотомию с последующей индукцией окситоцином

Из 5-ти рожениц которые поступили в 1 периоде родов , были родоразрешены через естественные родовые пути, 4 новорожденных родились с умеренной асфиксией и 1 новорожденный родился в тяжелой асфиксии 1 5 беременных которым использовали гландин новорожденные родились в умеренной асфиксии

10 беременных с тяжелой преэклампсией были родоразрешены абдоминальным путем, так как на фоне магнизиальной терапии появились отягощающие симптомы у 2-х операция сразу была расширена до ампутации ,у 3 произведена перевязка 3 пар сосудов. Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

В данной группе новорождённые родились с умеренной асфиксией 7 а 3 новорожденных родились в асфиксии тяжелой, после лечения 7 новорожденных выписаны домой и 3 новорождённых переведены на второй этап в детскую больницу.

Выводы::

1.Наиболее оптимальным методом родоразрешения при тяжелой преэклампсии было родоразрешение через естественные родовые пути

2.При тяжелой преэклампсии необходимо своевременно начать магнизиальную терапию и, проводить своевременно проводить коррекцию гемостаза, а с целью профилактики септических осложнений проводить антибиотикотерапию.и профилактику перинатальных осложнений



МЕТОДЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И УСТРАНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

**Выполнил: Рахматджонов А.Р, студент 604 группы
педиатрического факультета. Научный руководитель: Юнусов Д.М. Кафедра
пропедевтика детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Хронические колиты у детей гетерогенная группа хронических воспалительных заболеваний толстой кишки (ВЗК), для которых, в отличие от функциональных нарушений, характерны изменения слизистой воспалительного, дистрофического или деструктивного характера. ВЗК встречаются в практике педиатра не столь редко, как может показаться на первый взгляд.

Возникновению хронических колитов в детском возрасте предрасполагают неправильное вскармливание, наличие хронических очагов инфекции, длительная антибактериальная терапия, врожденные аномалии развития кишечника и др.

У ряда больных заболевание возникает под влиянием сосудистых нарушений, эндокринных расстройств, белковой и витаминной недостаточности, аллергических факторов. Возможно развитие ВЗК смешанной этиологии, например, при сочетании инфекционного и алиментарного факторов. Нередки случаи, когда хронический колит возникает на фоне других заболеваний ЖКТ (хронический панкреатит, холецистит, язвенная болезнь 12-перстной кишки)

Цель исследования. Изучить особенностей течения ВЗК у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 28 историй болезни детей с НЯК и БК, находившихся на лечении в стационаре АОДБ за период, с 2023 года по 2024 год. Из них у 22 детей — НЯК, у 6 — БК. Средний возраст детей — 8 лет. Всем детям проводили комплексное обследование.

Результаты исследования. Частые клинические симптомы в дебюте ВЗК: абдоминальные боли и гемоколит — 23%, повышение температуры до субфебрильных цифр в 18% случаев. Оценка активности ВЗК соответствовала 2 степени. Внекишечные проявления ВЗК наблюдались у 1 ребенка — интерстициальный нефрит.

Для верификации диагноза всем детям исследуемой группы выполнена фиброколоноскопия с биопсией слизистой оболочки кишечника. Все дети получали противовоспалительную терапию: монотерапия — производные 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК) — салофальк, комбинированная терапия — системные глюкокортикостероиды (ГКС) — преднизолон и производные 5-АСК, при отсутствии эффекта и развития ГКС — резистентности к схемам лечения добавлялась иммуносупрессивная терапия — азатиоприн.

За период наблюдения обострения заболевания, характеризовались учащением стула до 5 раз в сутки с примесью крови, в группе детей, получающих только терапию производными 5-АСК, отмечались у 5 детей, комбинированную терапию — у 2. У 3-х (БК) детей проводилась терапия инфликсимабом.

Вывод. Клинические признаки дебюта ВЗК у детей была диарея до 4–5 раз в сутки, лихорадка, боли в животе, гемоколит отмечались у всех детей спустя 2 месяца



от начала заболевания, что указывает на отсутствие специфичности клиники данного заболевания и трудности в ранней диагностике ВЗК.

У большинства больных имеет прогрессирующее течение, в связи, с чем имеется необходимость проведение ранней активной противовоспалительной терапии, а при развитии гормонрезистентного течения ВЗК назначение биологической терапии.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

**Выполнила: Рахмаджонова Д.Р,
студентка 604 группы педиатрического факультета. Научный руководитель:
Юнусов Д.М. Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической
педиатрии**

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Витамин Д - важный прегормон, участвующий во многих метаболических процессах. Активный компонент, который образуется из эпидермального 7-дегидрохолестерола под действием ультрафиолетовых волн длиной 290-310 нм, попадающих на кожные покровы.

Впоследствии витамин Д передается через кровь в печень, трансформируясь в 25-гидрокси-витамин Д (25 (ОН) D). Основным источником витамина Д для детей и взрослых является воздействие естественного солнечного света. Основная причина дефицита витамина Д - недостаточное воздействие солнечного света. Очень немногие продукты содержат или обогащены витамином Д. Дефицит витамина Д может привести к неправильному метаболизму кальция, фосфора в костной ткани.

Помимо этого, в последнее время повысился интерес к роли витамина Д в патогенезе других заболеваний. Выявлена связь дефицита витамина Д с длительным течением многих заболеваний. Витамин Д принимает участие в поддержании адекватного уровня врожденного иммунитета, что способствует профилактике хронических аутоиммунных заболеваний, а также в поддержании адекватного иммунного ответа на чужеродные агенты, что играет весомую роль в профилактике онкологических заболеваний.

Существует большое число докладов о высокой распространенности дефицита сывороточного 25 (ОН) D, связанного с ограниченной инсоляцией женщин детородного возраста и детей во многих странах. У взрослых уровень 25 (ОН) D в концентрации < 50-80 нмоль/л считается недостаточным для оптимальной жизнедеятельности костной ткани.

Цель исследования. Выяснить недостаток витамина Д у детей до 3х лет и у матерей в период лактации.

Материалы и методы исследования. Был разработан фокусный check up полностью включающий в себя комплексное клинико-лабораторное обследование детей до 3х лет и их матерей в период лактации.

Результаты исследования. Было проанализировано 182 результата check up диагностики. Дефицит витамина Д выявился в 1,4 раза больше у мальчиков 59,9% (109 человек), чем у девочек 40,1% (73).

Так обращало на себя внимание, что у повторно рожавших матерей уровень витамина Д был в 2,2 ниже 45% (82), чем у первично рожавших 54% (100). У детей до двух лет наглядными признаками нарушение метаболического обмена витамина Д было: признаки рахита у 65,9% (120), позднее прорезывание зубов 64,8% (118), позднее закрытие большого родничка 56% (102), залысины на голове 53,9% (98).

Всем детям и женщинам в период лактации был выписан препарат содержащий в своей молекуле витамин Д3. После курса лечения, было проведено повторное комплексное обследование пациентов, которое выявило значительный положительный результат лечения дефицита витамина Д.

Вывод. Таким образом, на примере такого мегаполиса как г. Алматы, можно смело судить о повсеместно дефиците витамина Д, кК у детей до трех лет, так и у матерей в период лактации. Такой результат требует дальнейшей разработке тактики ведения групп населения, входящих в группу риска по дефициту витамина Д.

ИЗУЧИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТОКОФЕРОЛА ПРИ ОПИСАНИИ СОСТОЯНИЯ ИММУНИТЕТА У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Выполнила: Рахматуллаева М, студентка 446 группы лечебного
факультета., Научный руководитель: Туробиддинова Г.А. Кафедра пропедевтика
детской болезни и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Бактериальные и грибковые инфекции в раннем неонатальном периоде являются одной из основных причин возникновения у детей серьезных патологий, зачастую не совместимых с жизнью. Преждевременное рождение ребенка (до 37 полных недель гестации) часто сопряжено с наличием у него врожденных инфекционных заболеваний вследствие повышенной восприимчивости незрелой иммунной системы к патогенам.

При поступлении недоношенных детей в отделение реанимации и интенсивной терапии антибактериальные препараты назначаются в 50% случаев, что приводит к нарушению формирования микрофлоры слизистых оболочек, снижению функции барьерных тканей, адаптации патогенных микроорганизмов к препаратам, используемым в клинической практике.

Морфологическая и функциональная незрелость дыхательной системы обуславливает развитие у недоношенных детей дыхательных нарушений инфекционного или неинфекционного генеза. Пневмония у новорожденных детей, особенно недоношенных, является одной из главных причин неонатальной смертности.

В настоящее время дифференциальная диагностика генеза дыхательных нарушений осуществляется в течение 72 часов после рождения ребенка.

Цель исследования. Изучить эффективность применения α токоферола в комплексной терапии ВУП для характеристики состояния иммунитета у доношенных детей.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 70 больных ВП в возрасте от 20 до 60 лет, из них женщин — 18 (25,7 %), мужчин — 52 (74,3 %). Средний возраст обследованных составил $38,2 \pm 4,5$ лет.

Результаты исследования. У всех больных в динамике проводились клинико лабораторные, рентгенологические, инструментальные методы исследования, оценивалась функция внешнего дыхания (ФВД). В группу сравнения вошли 35 больных, получавших общепринятую терапию (ОТ) антибактериальными, дезинтоксикационными, муколитическими средствами. Основную группу составили 35 больных ВУП, которым наряду с общепринятой терапией был назначен α ТФ. Препарат больным вводили внутримышечно ежедневно по 1,0 мл 30% ного раствора. Лечение α ТФ проводили на фоне антибиотикотерапии в течение 7–10 дней.

При госпитализации состояние у 63 больных ВУП было расценено как средней тяжести, у 7 — как тяжелое. Экстренность госпитализации больных составила 81,4 % случаев, в первые 3 сут заболевания обратились в стационар 25,7 % пациентов. Повышение температуры наблюдалось у 87,1 % больных, кашель — у всех обследованных, гнойный характер мокроты — у 77,1 %, одышка различной степени выраженности у 68,6 %, боли в грудной клетке у 78,6 % больных.

При физикальном обследовании укорочение перкуторного звука отмечалось у 78,6 %, а хрипы в легких выслушивались у 91,4 % пациентов. В анализах крови у 72,8 % больных выявлялся лейкоцитоз свыше $8,0 \times 10^9/\text{л}$, у 14,3 % — палочко ядерный сдвиг нейтрофилов в лейкоформуле, у 92,8 % больных — ускоренное СОЭ.

При рентгенологическом исследовании в 60,0 % случаев пневмонический процесс локализовался в правом легком, а в 40,0 % — в левом легком. В 40,0 % случаев поражалась нижняя доля правого легкого. Объем поражения легочной ткани у 41,4 % обследованных составил один сегмент, у 22,9 % — два и более сегмента, у 35,7 % — занимал целую долю. При микробиологическом исследовании у 54,3 % пациентов удалось выделить из мокроты *Str. Pneumoniae*.

Вывод. Таким образом, существует необходимость в поиске диагностических маркеров, позволяющих дифференцировать врожденную пневмонию от дыхательных нарушений неинфекционного генеза сразу после рождения ребенка, а также выявлять его предрасположенность к инфицированию в раннем неонатальном периоде.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ А-ТОКОФЕРОЛА НА ИММУННЫЙ СТАТУС ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Выполнила: Рахматуллаева М, студентка 446 группы лечебного факультета., **Научный руководитель:** Туробиддинова Г.А. **Кафедра** пропедевтика детской болезни и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Несмотря на постоянное совершенствование антибактериальной терапии, заболеваемость ВП остается на высоком уровне и не имеет тенденции к



снижению. В литературе имеются указания на изменение характера течения ВУП, частое развитие осложнений и рост летальности при этом заболевании.

До настоящего времени затруднена этиологическая верификация ВУП, остается низким уровень ее клинической и рентгенологической диагностики.

Вышеизложенное указывает на необходимость дальнейшего совершенствования лечебных и диагностических мероприятий при этом заболевании.

Клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о важном значении процессов свободно радикального окисления (СРО) в патогенезе неспецифических заболеваний легких (НЗЛ).

Цель исследования. Целью данной работы явилось изучение эффективности использования α токоферола в комплексной терапии ВУП.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 70 больных ВП в возрасте от 20 до 60 лет, из них женщин — 18 (25,7 %), мужчин — 52 (74,3 %). Средний возраст обследованных составил $38,2 \pm 4,5$ лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых с больными по полу и возрасту. Диагноз пневмонии устанавливался на основании характерных для данного заболевания эпидемиологических, клинико-рентгенологических и лабораторных данных.

Результаты исследования. У всех больных в динамике проводились клинико-лабораторные, рентгенологические, инструментальные методы исследования, оценивалась функция внешнего дыхания (ФВД). В группу сравнения вошли 35 больных, получавших общепринятую терапию (ОТ) антибактериальными, дезинтоксикационными, муколитическими средствами. Основную группу составили 35 больных ВУП, которым наряду с общепринятой терапией был назначен α ТФ. Препарат больным вводили внутримышечно ежедневно по 1,0 мл 30% ного раствора. Лечение α ТФ проводили на фоне антибиотикотерапии в течение 7–10 дней.

При госпитализации состояние у 63 больных ВУП было расценено как средней тяжести, у 7 — как тяжелое. Экстренность госпитализации больных составила 81,4 % случаев, в первые 3 сут заболевания обратились в стационар 25,7 % пациентов. Повышение температуры наблюдалось у 87,1 % больных, кашель — у всех обследованных, гнойный характер мокроты — у 77,1 %, одышка различной степени выраженности у 68,6 %, боли в грудной клетке у 78,6 % больных.

При физикальном обследовании укорочение перкуторного звука отмечалось у 78,6 %, а хрипы в легких выслушивались у 91,4 % пациентов. В анализах крови у 72,8 % больных выявлялся лейкоцитоз свыше $8,0 \times 10^9/\text{л}$, у 14,3 % — палочко-ядерный сдвиг нейтрофилов в лейкоформуле, у 92,8 % больных — ускоренное СОЭ.

При рентгенологическом исследовании в 60,0 % случаев пневмонический процесс локализовался в правом легком, а в 40,0 % — в левом легком. В 40,0 % случаев поражалась нижняя доля правого легкого. Объем поражения легочной ткани у 41,4 % обследованных составил один сегмент, у 22,9 % — два и более сегмента, у 35,7 % — занимал целую долю. При микробиологическом исследовании у 54,3 % пациентов удалось выделить из мокроты *Str. Pneumoniae*.

Вывод. У больных ВУП высокая интенсивность ЛЗХЛ цельной крови свидетельствует о повышенной генерации АФК. Использование α ТФ в комплексной терапии у больных ВУП снижает продукцию АФК в крови, улучшает результаты



лечения. Регистрация ЛЗХЛ крови у больных ВУП позволяет обосновать назначение им антиоксидантной терапии и контролировать ее эффективность.

ВЫБОР НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И МЕТОДОВ ИХ КОРРЕКЦИИ ПРИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Выполнил: Рахмонкулов Б, студент 4 курса лечебного факультета 467 гр
Научный руководитель: Ахмедова Х.Ю. Кафедра госпитальной терапии и
эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Многие аспекты воздействия ГГЦ на систему свертывания крови остаются предметом оживленной дискуссии, несмотря на активное изучение роли повышенного уровня гомоцистеина (ГЦ) в формировании гиперкоагуляционного синдрома

Тромбозы и их последствия являются глобальной проблемой современного общества. Большое медико-социальное значение имеет своевременная диагностика факторов, повышающих риск тромбообразования, в частности — гипергомоцистеинемии (ГГЦ).

Цель исследования. Изучение состояния тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза, системы естественных антикоагулянтов и фибринолиза при ГГЦ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 больных с сердечнососудистыми заболеваниями: 55 — с острым инфарктом миокарда (ОИМ), 95 — со стабильным течением ишемической болезни сердца (ИБС), 168 — с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ААНК), в т. ч. 80 — в период нарастания ишемических проявлений, а также 40 пациентов с острым венозным тромбозом (ОВТ) и 80 больных с посттромботическим синдромом (ПТБ).

Результаты исследования. При артериальной патологии прослеживалась ассоциация ГГЦ с ранней манифестацией и неблагоприятным течением заболевания со склонностью к развитию острых ишемических эпизодов и их рецидивированию. Тяжелая ГГЦ в большинстве случаев проявлялась распространенным атеросклеротическим поражением с вовлечением центральных и периферических сосудов. У больных ААНК с III-ГУ степенью артериальной недостаточности средний уровень ГЦ был достоверно выше, чем при артериальной недостаточности I - II степени ($24,8 \pm 6,7$ мкмоль/л против $14,2 \pm 4,4$ мкмоль/л, $p < 0,05$). У 95% пациентов с так называемой «критической ишемией» была выявлена ГГЦ (в 65% случаев - явная, и в 30% случаев - скрытая). У пациентов с ИБС при ГГЦ существенно увеличивался риск рестеноза после восстановления кровотока в бассейне пораженных коронарных артерий оперативным методом ($011 = 6,6$; 95% СГ: 1,5 - 28,5; $p = 0,01$).

У пациентов с ишемическим инсультом (ИИ), атеросклерозом артерий нижних конечностей (ААНК) и венозными тромбозами (ВТ) как частота встречаемости ГГЦ (рис. 1А), так и средние уровни ГЦ статистически значимо превысили соответствующие показатели в контрольной группе. Частота встречаемости ГГЦ у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в анамнезе была достоверно выше не только показателя в контрольной группе (52% против 8,6%, $p < 0,001$), но и частоты



встречаемости ГТЦ у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) без ОИМ в анамнезе (52% против 28%, $p=0,01$).

У больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей ($n=40$) средний уровень ГЦ был несколько ниже, чем в сопоставимой по полу и возрасту группе пациентов с ПТБ ($n=44$): $14,6 \pm 7,6$ мкмоль/л и $15,9 \pm 11,7$ мкмоль/л, соответственно, $p=0,07$. При этом ГТЦ наблюдалась у 43% больных с острым тромбозом против 50% при ПТБ. Снижение уровня ГЦ при повторном обследовании спустя 2 недели после острого тромботического эпизода было отмечено только у тех больных, в терапии которых использовались витамины группы В.

Оценивая роль ГЦ в окклюзионных поражениях артериального русла, особое внимание мы уделили изучению ассоциативных связей ГТЦ с признанными индукторами атерогенеза. Нарушения липидного обмена, курение и артериальная гипертензия с высокой частотой обнаруживались у обследованных больных, особенно у пациентов с периферическим атеросклерозом

Значения ГЦ выше 13,4 мкмоль/л (90% процентиль) расценивали как гипергомоцистеинемию. Частота встречаемости ГТЦ в контрольной группе составила 8,6%. По степени тяжести ГТЦ условно делили на легкую (до 25 мкмоль/л); умеренную (25-50 мкмоль/л) и тяжелую (более 50 мкмоль/л). Тяжелой ГТЦ в контрольной группе не было выявлено.

Вывод. Использование разработанного алгоритма диагностики тромбофилии, ассоциированной с ГТЦ, позволяет повысить эффективность формирования групп высокого риска развития тромботических осложнений, индивидуализировать подход к первичной и вторичной профилактике сердечнососудистых заболеваний.

Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования генотипирования полиморфизма C677T метилентетрагидрофолатредук-тазы в качестве вспомогательного этапа при диагностике тромбофилии, ассоциированной с ГТЦ.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗНОВИДНОСТЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ ПО ДАНЫМ УБМ

**Рустамбекова Шахноза Искандаровна,
Научные руководител: Икромов Азизбек Фозилович
Андижанский государственный медицинский институт**

Изучена УБМ показатели 250 пациентов, с диагнозом первичная глаукома, с первичной ОУГ - 102 пациентов (40,8 %), с закрытоугольной глаукомой - 148 (59,2 %). Все исследования и манипуляции выполнялись согласно Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием человека в качестве субъекта. По результатам проведенных УБМ исследований, нами предлагается для проведения сравнительного анализа и определения наиболее значимые показатели УБМ исследовании при разновидностях ПЗУГ. На основании этого нами предлагается следующая схема УБМ-классификация:

По глубине передней камеры, в мм: глубокая – более 3,1 мм; средняя глубина от 2,5мм до 3,0мм (характерна для ОУГ); мелькая – от 1,6мм до 2,2 мм (характерна для ЗУГ с плоской радужкой и «ползучей» разновидностью); очень мелкая – от 0,9мм до 1,5мм (характерна для ЗУГ со зрачковым блоком); отсутствует – 0,5мм и меньше (характерна для ЗУГ с иридохрусталиковым блоком).

По ширине УПК, градусах: от 12,0 и больше – широкий (ОУГ); от 8,0 до 12,0 – узкий (ЗУГ с плоской радужкой и «ползучей» разновидностью); от 5,9 до 7,9 – очень узкий (характерна для ЗУГ со зрачковым блоком); меньше 5,8 – УПК закрыт (характерна для ЗУГ с иридохрусталиковым блоком).

По положению цилиарного тела: Переднее положение - дистанция «трабекула – цилиарное тело» меньше 0,49. Среднее положение - дистанция «трабекула-цилиарное тело» от 0,63 до 0,69; Заднее положение - дистанция «трабекула –цилиарное тело» 0,70 и более;

По форме и глубине задней камеры: треугольная глубокая – от 0,58 и более (характерна для ЗУГ со зрачковым блоком); треугольная средняя – от 0,50 до 0,58 (характерна для ОУГ); треугольная мелкая – от 0,34 до 0,49 (характерна для ЗУГ с плоской радужкой); дугобразная очень мелкая – 0,30 и меньше (характерна для «ползучей» глаукоме).

По степени структурных поражении переднего сегмента (атрофии радужки) и иридоцилиарной зоны по толщине радужки:

I степень – характеризуется истончением радужки (от 0,32 до 0,35), уменьшением дистанции «трабекула-радужка» (от 0,12 до 0,16), передним положением цилиарного тела, плотным прилеганием радужки к хрусталику (дистанция «радужка-хрусталик» от 0,25 до 0,31).

II степень – характеризуется истончением радужки (от 0,28 до 0,31), уменьшением дистанции «трабекула-радужка» (от 0,08 до 0,11), передним положением цилиарного тела, плотным прилеганием радужки к хрусталику (дистанция «радужка-хрусталик» от 0,19 до 0,24), частичным разрушением пигментной каймы зрачка, усилением пигментации трабекулярной зоны в открытой части УПК.

III степень поражения – характеризуется истончением радужки (от 0,18 до 0,29), уменьшением дистанции «трабекула-радужка» (от 0,03 до 0,07), передним положением цилиарного тела, неравномерным плотным прилеганием радужки к хрусталику по сегментам (дистанция «радужка-хрусталик» от 0,13 до 0,18), отсутствие пигментной каймы, появлением выраженных очаговых атрофии радужки, мелкой или очень мелкой глубиной передней камеры и отсутствием доступа в УПК.

Таким образом, предлагаемая нами классификация УБМ исследовании при первичной глаукоме может быть полезным при ранней диагностике ПЗУГ и определении тактики лечения. Особое важное значение имеет при выбора метода хирургического способа антиглаукоматозных операции.



ВАЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ КОНКРЕТНЫХ АСПЕКТОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

**Выполнила: Салиева М, студентка 644 гр лечебного факультета Научный
руководитель: Кодиров Ж. Кафедра факультативной педиатрии и неонатологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Введение. Многообразие клинических проявлений, особенности возбудителей, практически 100% инфицированность населения отдельными типами герпеса, а также возможность распространения вируса герпеса практически всеми известными путями передачи позволило Европейскому региональному бюро ВОЗ отнести герпесвирусную инфекцию в группу болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии.

К герпесвирусным инфекциям, или герпетическим инфекциям, относят инфекционные заболевания, вызываемые группой вирусов герпеса человека, которые характеризуются многообразием клинических форм, склонны к хроническому течению. Предрасполагающими факторами для развития этих заболеваний нередко являются иммунодефицитные состояния.

Однако сложности в решении данной проблемы связаны не только с особенностями течения самих герпетических инфекций, но и с отсутствием преимущества при оказании помощи больным. Так, герпетические поражения кожи и слизистой оболочки полости рта лечат дерматологи и стоматологи, заболевания в детском возрасте наблюдают инфекционисты и педиатры, генитальным герпесом занимаются урологи, гинекологи и венерологи, офтальмогерпесом — окулисты, поражением нервной системы — неврологи, лимфатической системы — гематологи, онкологи, иммунологи.

Цель исследования: изучить значение герпесвирус-ной инфекции в структуре различной инфекционной патологии у детей (при инфекционном мононуклеозе, поражении ЦНС, синдроме длительного субфебрилитета, гепатите и др.).

Материалы и методы исследования. Исследование маркеров вирусов семейства герпесов IV, V и VI типов у 50 клинически здоровых детей выявило значительную инфицированность данными вирусами, чаще в латентных формах (64%), но у трети детей (36%) — в виде персистирующих инфекций.

Результаты и их обсуждение. Исследование маркеров вирусов семейства герпесов IV, V и VI типов у 50 клинически здоровых детей выявило значительную инфицированность данными вирусами, чаще в латентных формах (64%), но у трети детей (36%) — в виде персистирующих инфекций. Так, ДНК герпесвирусов обнаружены в слюне и моче у 17 детей (ДНК EBV в слюне — у 7, CMV в моче — у 7, CMV в слюне — у 2, CMV в слюне и моче + EBV в слюне — у 1). В крови только у 1 ребенка обнаружена ДНК EBV. Антигены CMV в лимфоцитах крови у здоровых детей не определялись. Выявлены низкие уровни АТ класса IgG к EBV, CMV и HHV6 (к CMV — у 98%, к EBV — у 58%, к HHV6 — у 66%). АТ класса IgM в сыворотках крови не обнаруживались.

С учетом способности герпесвирусов к персистенции в иммунокомпетентных клетках (Т- и В-лимфоцитах, макрофагах) изучалось их значение у часто болеющих



детей (ЧБД). Дети этой группы наблюдались с диагнозами: лимфаденопатия, ОРЗ, с рецидивирующими крупами (РК), обструктивными бронхитами (РОБ) (40), заболевания ЛОР-органов, тромбоцитопении и нейтропении и др. В 48% случаев была выявлена CMV-инфекция, которая в 88% протекала активно (выявлялась ДНК CMV в различных средах, структурный антиген pp65, антитела класса IgM). В 36% случаев в группе ЧБД обнаружены различные сочетания герпесвирусов IV, V и VI типов.

Вывод. Расшифрована этиология инфекционного мононуклеоза. ИМ у детей чаще протекает как моноинфекция (58%), ассоциированная с вирусами семейства герпесов IV, V и VI типов (EBV, CMV, HHV6), реже — как микстинфекция (42%) в различных сочетаниях этих вирусов. Клинические проявления ИМ типичны и не зависят от этиологии. При CMV и HHV6 ИМ реакция на гетерофильные антитела всегда отрицательная.

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

**Солиев М-студент 4 курса педиатрический факультета Научный руководитель:
Мавлянов И., ассистент кафедры фтизиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. По данным официальной статистики на конец 2019 года, в России живет примерно миллион человек с ВИЧ инфекцией. По оценкам различных специалистов реально в России 1,5-2 миллиона инфицированных [Крамченко В., 2019]. Эта проблема представляет собой сложный социально-экономический, общественно-культурный, медицинский феномен, названный «чумой XX века». Наибольший риск заражения туберкулезом у ВИЧ-инфицированных в 200 раз выше, чем в других группах населения. Тревожным фактом является увеличение числа ВИЧ-инфицированных людей и в Республике Узбекистан. Доказано, что у ВИЧ-инфицированных людей туберкулез развивается более чем в 70% случаев и одновременно является признаком, указывающим на прогрессирование иммунодефицита. Рост распространенности ВИЧ-инфекции во многих странах мира становится серьезной проблемой и осложняет борьбу с туберкулезом.

Цель: оценить методы выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, определить эффективность стандартных режимов антибактериальной терапии больных туберкулезом легких с сочетанной ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Нами обследован 41 больной туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ — инфекцией, пролечившихся в терапевтических отделениях областного противотуберкулезного диспансера.

Результаты. Мужчин было - 35 (85, 4%), женщин - 6 (14, 6%). Возрастной аспект выявил превалирование лиц в возрасте 25-35 лет — 30 (73,1%). Причем у заболевших мужчин выявлено злоупотребляли алкоголем — в 24, 4%; употребляли наркотики - 20%; курили - 68, 3%; и 14, 6% были освобождены из заключения.

В противотуберкулезном стационаре больным кроме рутинных методов исследования проведено постановка Диаскинтеста, исследование мокроты



культуральным методом и ПЦР в реальном времени GeneXpert Rif. Бактериовыделение методом бактериоскопии выявлено — у 12 (29, 3%) больных, GeneXpert Rif - у 12 из 28 больных с отрицательным результатом бактериоскопии, что составляет 42,8%, у 1 из них выявлена множественная лекарственная устойчивость. Информативность пробы Манту 2 ТЕ и Диаскинтеста у ВИЧ- инфицированных пациентов. Всем пациентам, постановка пробы Манту почти у всех пациентов были отрицательным или сомнительным (33), и только у 8 был положительный результат. В то время как, постановка Диаскинтеста у 30 пациентов (73,1%) дал положительный результат (из них у 26 размер папулы составил от 5 до 12 мм; у 4 папула 15 мм), Диаскин тест у больных туберкулезом на фоне ВИЧ инфекции позволяет в дифференциальной диагностики туберкулеза.

Из клинических форм туберкулеза преобладали инфильтративный туберкулез — у 17 (41, 5%), диссеминированный - у 12 (29, 3%), фиброзно – кавернозный (это лица, находящихся на противотуберкулезном учете) - у 5 (12, 2%), очаговый - у 4 (9, 8%)- это лица, у которых вместе с ВИЧ статусом одновременно выявлен туберкулез. Кавернозный и экссудативный плеврит - по одному больному. Распределение больных по количеству CD4лимфоцитов от 200–500 в 1 мкл наблюдалось у 10 пациентов (очаговый туберкулез у 4 пациентов, у 6 инфильтративный туберкулез без распада). При уменьшении количества CD4 (Т-хелперов) до уровня менее 200 в 1 мкл выявлено у 28 больных (клинические формы: 8 пациентов с инфильтративным туберкулезом с выраженными казеозными изменениями в легких; 10 пациентов с диссеминированным туберкулезом, фиброзно- кавернозным туберкулезом). Количество CD4-лимфоцитов менее 100 в 1 мкл у 3 пациентов (больные с диссеминированным туберкулезом, по типу милиарного туберкулеза у 2 пациентов имелся и туберкулезный менингит).

Основной причиной тяжелой легочной патологии у ВИЧинфицированных с умеренно выраженным и глубоким иммунодефицитом (количество CD4-лимфоцитов менее 100 в 1 мкл) является туберкулез с атипичным течением с поражением других органов [5]. Кроме того, тяжелое течение обуславливается наличием у 12 (29, 3%) больных сопутствующий орофарингеальный кандидоз, у 15 (36, 6%) – лимфоаденопатия и у 12 (29, 3%) больных ВИЧ - кахексия.

Вывод. Стандартный режим антибактериальной терапии в лечении туберкулеза легких у ВИЧ инфицированных больных недостаточно эффективен, что связано с выраженным иммунодефицитным состоянием у больных ВИЧ – инфекцией, развитием других оппортунистических заболеваний, частым нарушением режима среди данной категории больных, а также плохой переносимостью противотуберкулезных препаратов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА

Н.Л.Таджибаева ; Ф.Л.Саиджанова.

Андижанский государственный медицинский институт

Определение пепсиногенагомогената слюнных желез и плазмопепсиногена производилось модифицированным тирозиновым методом Hirschowitz [156]. Принцип его состоит в том, что белковый субстрат инкубируется с протеазой и мерой активности ее является количество аминокислот (тирозина), образовавшихся в результате гидролиза белка и выявляемых колориметрически по реакции с фенольным реактивом Фолина-Чиокальтеу. В нашей модификации увеличено время инкубации до 24 часов и в качестве белкового субстрата использован не гемоглобин, а сухая плазма.

Для анализа берется 0,5 мл исследуемого материала (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови), к нему приливается 2,5 мл 2% раствора плазмы в 0,05 н. соляной кислоте. После перемешивания содержимого пробирки она ставится в термостат (370С) на 24 часа. Параллельно ставится контрольная проба: пробирка с 2,5 мл 2% плазмы в 0,05 н. соляной кислоте ставится в термостат (370С) на 24 часа, после чего добавляется исследуемый материал (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови). После инкубации обе пробирки вынимаются из термостата, к растворам добавляется по 2,5 мл 0,5 н. трихлоруксусной кислоты, затем содержимое их фильтруется через плотный фильтр. К 1 мл фильтрата приливается 2,0 мл 0,5 н. NaOH и 0,6 мл предварительно разведенного в два раза водой реактив Фолина-Чиокальтеу. В течение 3-20 минут полученные растворы колориметрируют при красном фильтре против воды. Показатель экстинкции контрольной пробы вычитается из показателя основной пробы. Эта разность с помощью калибровочного графика (составленного по тирозину) переводится в условные единицы активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез). За 1 единицу активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез) в 1 мл сыворотке крови (или 1 мл гомогенат слюнных желез) принят 1 мкг тирозина, образовавшегося в результате 24-часового гидролиза белка при 370С.

ПИЩЕВАРЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА

Таджибаева Н.Л; Саиджанова Ф.Л

Андижанский государственный медицинский институт

Полость рта – это «входные ворота» организма для пищевых веществ и воды, а также многих других веществ внешней среды. Первой эндогенной жидкостью, с которой они приходят в контакт, является ротовая жидкость, которую часто называют смешанной слюной [73]. Смешанная слюна обладает многими свойствами [20,33, 81, 93] и прежде всего свойствами пищеварительного тракта.

Пищеварение в полости рта – первый этап пищеварительного конвейера сложной поэтапной биотехнологии. В полости рта осуществляется механическая, физико-

химическая и химическая обработка принятой пищи. В этом велико значение слюны как жидкости, которая смачивает, разжижает, растворяет пищу и её компоненты. Только в субстрате возможен гидролиз субстрата ферментом. Слюна, как пищеварительный секрет, растворяет субстрат, а находящиеся в растворе ферменты слюны гидролизуют полимерные субстраты. Наиболее велика активность в составе слюны, особенно околоушных [73, 162,] желез, карбогидраз: α -амилазы, расщепляющей полисахариды (крахмал, гликоген) с образованием декстринов, а затем мальтозы и глюкозы; и α -1,4-глюкозидные связи в молекулах амилазы и амилопектина. Оптимум pH для активности слюнной амилазы 6,5-7,0. При pH менее 3-3,5 α -амилазы слюны утрачивает свою активность. Связанная с субстратом (крахмалом, олигосахаридами)[139] слюнная α -амилаза имеет повышенную резистентность к деградирующему на неё влиянию пониженных значений pH. Это немаловажный механизм сохранения амилалитической активности слюнной амилазы в желудке и обнаружения её в химусе тощей кишки[68]

Карбогидразы слюны за 12–15 с пребывания пищевого комка в полости рта не успевают гидролизовать поли- и дисахариды пищи и продолжают своё действие в желудке в глубине пищевого комка, куда ещё не диффундировала соляная кислота желудочного содержимого [59,74]. Следовательно, пищеварительные свойства этих ферментов слюны реализуются не столько в ходе ротового, сколько желудочного пищеварения.

Имеются данные, что в первый месяц жизни у детей в слюне амилаза содержится в небольшом количестве, содержание её постепенно возрастает и достигает уровня взрослых в течение 1-2 лет после рождения [123]. Увеличение активности амилазы происходит неравномерно и связано с появлением у детей зубов. У человека максимальная амилалитическая активность наблюдается в возрасте 2-7 лет.

Ряд авторов [175]разделили изоферменты слюны методом изоэлектрофокусирования и выделили две фракции амилазы. При изучении аминокислотного их состава были получены очень близкие результаты.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНА ГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА

Н.Л.Таджибаева ; Ф.Л.Саиджанова.

Андижанский госуниверситетский медицинский институт

Определение пепсиногенагомогената слюнных желез и плазмопепсиногена производилось модифицированным тирозиновым методом Hirschowitz [156]. Принцип его состоит в том, что белковый субстрат инкубируется с протеазой и мерой активности ее является количество аминокислот (тирозина), образовавшихся в результате гидролиза белка и выявляемых колориметрически по реакции с фенольным реактивом Фолина-Чиокальтеу. В нашей модификации увеличено время инкубации до 24 часов и в качестве белкового субстрата использован не гемоглобин, а сухая плазма.

Для анализа берется 0,5 мл исследуемого материала (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови), к нему приливается 2,5 мл 2% раствора плазмы в 0,05 н. соляной

кислоте. После перемешивания содержимого пробирки она ставится в термостат (370С) на 24 часа. Параллельно ставится контрольная проба: пробирка с 2,5 мл 2% плазмы в 0,05 н. соляной кислоте ставится в термостат (370С) на 24 часа, после чего добавляется исследуемый материал (гомогенат слюнных желез, сыворотка крови). После инкубации обе пробирки вынимаются из термостата, к растворам добавляется по 2,5 мл 0,5 н. трихлоруксусной кислоты, затем содержимое их фильтруется через плотный фильтр. К 1 мл фильтрата приливается 2,0 мл 0,5 н. NaOH и 0,6 мл предварительно разведенного в два раза водой реактив Фолина-Чиокальтеу. В течение 3-20 минут полученные растворы колориметрируют при красном фильтре против воды. Показатель экстинкции контрольной пробы вычитается из показателя основной пробы. Эта разность с помощью калибровочного графика (составленного по тирозину) переводится в условные единицы активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез). За 1 единицу активности плазмопепсиногена (или пепсиногенагомогената слюнных желез) в 1 мл сыворотке крови (или 1 мл гомогенат слюнных желез) принят 1 мкг тирозина, образовавшегося в результате 24-часового гидролиза белка при 370С.

ВЫДЕЛЕНИЕ ГИДРОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В СОСТАВЕ СЛЮНЫ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ

Таджибаева Н.Л.; Саиджанова Ф.Л.

Андижанский государственный медицинский институт

Слюнные железы, как и все железы пищеварительного тракта, принимают участие в обеспечении гомеостаза организма, в частности ферментного гомеостаза, поставляя в его внутреннюю среду синтезируемые ими секреторные продукты (например α -амилазу) и выводя в составе секретов циркулирующие в крови ферменты, участвуют в экскреторной деятельности пищеварительного тракта. Выделение гидролитических ферментов в составе слюны при гипокинезии увеличивается, при этом наблюдается прямая зависимость от уровня содержания их в крови, т.е., увеличение выделения этих ферментов в кровь направлено на поддержание их гомеостаза. В руководстве группы Компаний ВСМ Биохиммак IBL – Hamburg [92], посвященном определению стероидов в слюне, называется несколько «механизмов проникновения компонентов крови через мембранный барьер в слюнные протоки»: 1) между ацинозными клетками проникают вещества с малой молекулярной массой (<1900 Д); 2) фильтрация через поры клеточных мембран возможна для субстанций с молекулярной массой <400 Д; 3) селективный транспорт через мембрану клетки; 4) пассивная диффузия липофильных молекул (например, стероидов); 5) активный транспорт через белковые каналы (например, пептидов); 6) пиноцитоз - проникновение путем пиноцитоза, последовательно эндо-, затем – экзоцитоза (например, «протеины большого размера типа энзимов»). В собственной рекреции ферментов могут быть использованы три названных вида селективного транспорта.

При гипокинезии выделение ферментов слюнными железами неодинаково: больше всего повышается выделение амилазы, на втором месте по выраженности

увеличения выделения находится пепсиноген и на последнем месте находится липаза. Полученные нами экспериментальные данные приводят к заключению, что glanduloциты «свои» вещества рекретируют с большой интенсивностью, чем «чужие»

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, НАБЛЮДАЕМОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

**Тожимирзаев А.Б. – студент 4-курса, лечебного факультета Научный
руководитель: Валиева З.С. Кафедра пропедевтики внутренних болезней
педиатрического факультета
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность нарастает с возрастом. Старение популяции как демографическая тенденция ставит перед обществом много социальных и медицинских проблем. Основным и самым частым осложнением ИБС у пожилых является развитие острого коронарного синдрома (ОКС), объединяющий такие клинические состояния, как инфаркт миокарда (ИМ) и нестабильная стенокардия (НС).

Имеющаяся в настоящее время доказательная база лечебных подходов при ОКС основана на результатах исследований лиц, в основном до 60 лет с недостаточным количеством наблюдений за пожилыми больными, в связи с тем, что эти методы лечения не проводят из-за боязни риска возникновения осложнений и переносимости процедур. Подобная ситуация подводит к необходимости изучения особенностей ОКС и лечебных вмешательств у группы пациентов пожилого и старческого возраста.

Цель исследования. Изучить возможности медикаментозной и эндоваскулярной коррекции коронарной, миокардиальной и цереброваскулярной недостаточности у больных инфарктом миокарда (ИМ) пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Результаты стационарного этапа оценивали у 140 пациентов с вышеуказанной сопутствующей патологией. Средний возраст пациентов составил 68,03 (медиана 67, интерквартильный размах 64-71) лет.

Результаты исследования. У больных пожилого возраста с манифестирующими клиническими, ЭКГ и лабораторными признаками ИМ в 84,6 % случаев регистрируется предшествующая длительная АГ, в 62 % случаев стенозирующий атеросклероз ВСА с малосимптомными клиническими проявлениями. У 85 % больных данной категории острый период ИМ протекает с осложнениями, в том числе - сердечной недостаточностью более I класса по КлШр -19,2%, желудочковыми аритмиями выше II класса по Лауну-55,4%, стационарная летальность при этом составляет 16,01% и статистически превышает таковую у пациентов до 60 лет.

У больных пожилого возраста определена сильная корреляционная зависимость между суммарным индексом поражения КА и миокардиальной сердечной недостаточностью, прямая непрерывная зависимость между продолжительностью анамнеза АГ и наличием стенозирования ВСА с клиническими проявлениями хронической ишемии головного мозга. У больных пожилого возраста с признаками



хронической ЦВН назначение антагониста кальция III поколения амлодипина в первые 24 часов от начала развития симптомов ИМ в составе комбинированной консервативной терапии безопасно, не вызывает нарастания сердечной, коронарной и цереброваскулярной недостаточности, способствует стойкой нормализации систолического и диастолического АД.

Инотропная стимуляция кальциевым сенситизатором левосименданом в сочетании с миокардиальной разгрузкой у больных ИМ пожилого возраста с признаками дисфункции ЛЖ способствует регрессу СН, увеличению скорости кровотока по ВСА, клиническому улучшению мозгового кровообращения, в том числе у больных с признаками многососудистого протяженного стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, не подлежащего эндоваскулярной реваскуляризации.

У больных ИМ пожилого возраста с признаками локального стеноза коронарных артерий, ХИГМ эндоваскулярная реваскуляризация симптом -связанной артерии в первые 12 часов от начала острого коронарного события безопасна, не вызывает больших геморрагических осложнений, способствует восстановлению перфузии миокарда, увеличению скорости по ЭКА, уменьшению признаков церебральной ишемии. В течение 12 месяцев постгоспитального наблюдения у этой категории больных достоверно реже регистрируются смертельные исходы (10,65% против 21,9%), частота обострений ИБС (29,8% против 63,6%) , ЦВБ (8,5% против 24,4%) по сравнению с группой без эндоваскулярных методов лечения, что обусловлено исходно более тяжелым поражением коронарного и церебрального бассейнов у таких больных.

Вывод. В современных рекомендациях по ведению пациентов с ОКС стандарт лекарственной терапии включает два антитромбоцитарных препарата, антикоагулянт, бета-адреноблокатор (БАБ), статин, нитрат, по определенным показаниям назначаются ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (и АПФ), антиаритмический препарат, антагонист минералокортикоидных рецепторов, ингибитор протонной помпы.

По данным анализа лекарственной терапии, у пожилых пациентов в меньшем объеме назначались БАБ, что связано с нарушениями проводимости сердца у данной категории лиц (синусовая и АВ дисфункции), в большей степени назначались нитраты, что связано с большей частотой сердечной недостаточности и низким резервом коронарного русла при расширении физического режима, в большей степени назначались ИПП с учетом высокого риска кровотечения, эрозивных процессов в ЖКТ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДАМИ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОГЕННОЙ КАРДИАЛГИЕЙ И КАРДИОФОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Топволдиев М.К.

**Научные руководители: Аграновский М.Л., Каримов А.Х. Кафедра психиатрии,
наркологии, медицинской психологии и психотерапии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. За последнее десятилетие кардиофобный синдром (КФС) изучался как одна из наиболее распространенных форм психосоматической патологии. Все профессионалы: как кардиологи, так и психиатры уже давно активно участвуют в изучении клиники тревожных расстройств и в поиске эффективных схем терапии. Психиатры, психотерапевты и клинические психологи часто интересуются этой патологией, которая рассматривается современными исследователями как биопсихосоциальное расстройство. На сегодняшний день по-прежнему сохраняется интерес к изучению индивидуальных особенностей и психоэмоциональных проблем, присущих пациентам с данной функциональной патологией сердечно-сосудистой системы.

Сегодня, когда современная медицина стремительно развивается, многие исследователи изучают различные проявления сердечной боли и кардиофобных синдромов. Как отмечается в исследованиях, проведенных многими авторами, среди пограничных психических расстройств, сопровождающих данную патологию, наибольшую долю занимают тревожные, тревожно-фобические, тревожно-депрессивные расстройства.

Цель исследования. Целью работы являлось описание опыта психотерапевтической работы с тревожно-фобическими расстройствами в рамках кардиофобического синдрома (КФС).

Материалы и методы исследования. Первоначально было обследовано 130 больных с КФС в возрасте 17–55 лет (57 муж., 163 жен.). Диагноз «кардиофобический синдром» был верифицирован врачами-кардиологами.

Все больные прошли комплексное психологическое тестирование, подтвердившее наличие тревожно-фобических расстройств. Из общей группы пациентов с КФС были выделены две группы.

Результаты исследования. При первичном обследовании отобранной группы пациентов от подавляющего большинства обследованных (94 из 107 чел.) получены сведения о наличии у них склонности к тревожно-фобическому реагированию еще до установления основного кардиологического диагноза (КФС).

Тревожные расстройства, как известно, сопровождаются частыми, явно чрезмерно преувеличенными опасениями, возникающими по поводу различных событий и ситуаций, и проявляются выраженным соматическим и психическим дискомфортом.



При описании тревожных расстройств пациенты отмечали у себя сочетание тревоги с фобиями, паническими атаками, элементами обсессивно-компульсивного расстройства, раздражительностью, неустойчивым настроением.

В ряде случаев (с 7 пациентами с тревожными расстройствами при КФС) при фиксации пациентов на прежних негативных незавершенных переживаниях с их согласия проводилась работа по выходу из болезненного эмоционального «застревания» с помощью техник гештальт-терапии. Применялся целый ряд приемов и упражнений, описанных в классическом гештальт-подходе, включая использование известной гештальт-техники «двух стульев», где воссоздавался в режиме «здесь и сейчас» диалог между фигурами из негативного прошлого.

Проводилась работа, помогающая выражению заблокированных чувств и уменьшению давления от гнета прошлого. Аналогичный прием работы с «двумя стульями» использовался и при наличии внутриличных конфликтов в случаях тревожно-фобического варианта КФС, при котором одной из частей обычно была боязливая, тревожная, зажато-беспомощная маленькая часть – «жертва», которая не осмеливалась выражать свои потребности из-за выраженного жесткого следования установкам другой, надзидательной «нормативной части "Я"» с большим количеством запретных интроектов.

Использование в терапии приемов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) включало в себя разбор различных ситуаций и реакций на них пациентов. При работе с тревожными пациентами с КФС акцент делался в начале занятий на распознавании приступов тревоги и страхов и создании персональных шкал тревоги/страхов, затем – описании интенсивности и частоты приступов тревоги, ведении дневников самоконтроля и оценки состояния. В дальнейшем, спустя несколько занятий пациенты пробовали научиться четче различать дисфункциональные мысли при тревожных состояниях, и менять их на более адаптивные мысли и оценки своего состояния, переключаться на более позитивное состояние, управлять своими состоянием и эмоциями.

Описанный интегративный курс психотерапии применялся в режиме регулярных занятий по 3 раза в неделю в течение 6 недель.

По результатам повторного тестирования опросником Спилбергера – Ханина за этот шестинедельный период отмечено снижение показателей реактивной и личностной тревоги как в группе из 58 пациентов, проходящих психотерапию, так и у 49 человек, получающих лекарственную терапию психотропными препаратами в дополнении к основному лечению.

Проведенное исследование показало сопоставимость эффектов воздействия как психотерапевтических техник, так и психофармакотерапии на тревожно-фобическую симптоматику у пациентов с кардиофобическим синдромом. Шестинедельный курс терапии пациентов с КФС с включением психотерапевтических техник привел к снижению показателей тревоги, субъективному улучшению самочувствия, формированию начальных навыков самоуправления, уменьшению коммуникативных проблем, значительному снижению/или полному исчезновению напряжения, уменьшению фиксации на состоянии здоровья. Спустя 2,5–3 месяца от начала терапии позитивный эффект от проведенной терапии наблюдался как в основной, так и в контрольной группе, сохраняясь и дальше при условии продолжения занятий/либо

приеме лекарств. У пациентов после 3 месяцев терапии вне зависимости от выбранного типа терапии в случаях ее продолжения держались сниженные показатели тревожности, расширение круга интересов и качества жизни.

Вывод. Таким образом, создавалась цепочка рисунков, позволяющая не только видеть альтернативу болезни, но и запустить динамику процесса ухода от болезни к состоянию здоровья, выразив и описав постепенный процесс улучшения самочувствия и необходимые для этого условия. Больные также рисовали рисунки своих страхов и опасений, и альтернативных им состояний (чаще всего рисуночные метафоры покоя и уверенности). В качестве арт-техники, помогающей войти в ресурсное состояние, использовалась рисуночная техника «круг ресурсов и заботы», где рисовались те фигуры из окружения пациента, от которых можно получить поддержку и принятие, необходимые ресурсы. Хорошим терапевтическим ресурсом обладали и терапевтические занятия с использованием специально подобранной релаксационной музыки.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЛИЦИВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.

**Выполнила: Тухтаралиева Б, студентка 451 группы лечебного факультета., Научный руководитель: Султанова Ф.Х. Кафедра пропедевтики детской болезни и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность исследования. Несмотря на определенные достижения в изучении иммунобиологии калицивирусов человека, многие стороны иммунопатогенеза как норовирусной, так и саповирусной инфекции остаются неясными. Тяжесть течения заболевания, санация организма от вируса во многом определяется иммунным ответом макроорганизма на внедрение возбудителя.

Клеточный иммунитет к калицивирусам и ответ системы цитокинов отражены лишь в единичных доступных сообщениях. В целом, имеющиеся не многочисленные данные свидетельствуют о том, что калицивирусы человека вызывают в организме хозяина кратковременный иммунитет, механизмы которого в настоящее время активно изучают

Цель исследования. Выявить клинико-иммунологические особенности течения калицивирусной инфекции у детей разного возраста и обосновать способ рациональной терапии.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в АОДБ. В ходе выполнения работы в 2022-2023 годах проведено клинико-лабораторное обследование 300 детей в возрасте от 4 мес. до 16 лет с подтвержденным диагнозом «калицивирусная инфекция». Исследования проводились в динамике заболевания: на 1-2-й день поступления в стационар и в периоде ранней реконвалесценции - через 6-7 дней после первого обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Благодаря анализу структуры ОКИ на базе АОИБ за период с 2022 по 2023 годы установлено, что удельный вес больных с вирусными кишечными инфекциями составил 20,3% (n=954). В структуре вирусных

ОКИ гастроэнтериты, вызванные калицивирусами, стояли на втором месте после ротавирусов и составляли 26,6% (п=248). По нозологическим формам дети с норовирусной инфекцией среди обследованных составили 84,8% (п=195), саповирусной - 0,9% (п=2), на долю смешанных кишечных инфекций пришлось 14,3% (п=33). Основную долю среди смешанных инфекций составляли вирусно-вирусные микст-инфекции - 60,6% (из них в сочетании с ротавирусом 42,4%), а вирусно-бактериальные составили 39,4% (из них в сочетании с сальмонеллезом - 21,2%). Пик заболеваемости КВИ отмечался в возрасте от 1 года до 7 лет. Анализ сезонной частоты обнаружения вирусных агентов показал, что подъем заболеваемости калицивирусыными гастроэнтеритами приходился на ноябрь-декабрь (37,8%).

Клинико-иммунологическая характеристика детей с ОКИ калицивирусной этиологии с гладким течением. В ходе анализа заболеваний КВИ в виде моноинфекции норовирусной этиологии (п=195) выявлено, что в 32,8% случаях дети поступали из семейных очагов или из детских коллективов, где были зарегистрированы случаи гастроэнтеритов неустановленной этиологии. В 90,8% случаев отмечалось острое начало заболевания без продромального периода. В клинической картине ведущим являлся синдром гастроэнтерита, который характеризовался развитием многократной рвоты в среднем до $7,06 \pm 0,27$ раз у 94,4% детей (п=188), болей в животе 35,4% (п=69), тошноты 31,8% (п=62) и водянистой диареи в 65,1% случаев (п=127).

Выводы. В структуре вирусных ОКИ у детей до 26,6% случаев составляет калицивирусная инфекция. Заболевание протекает преимущественно в среднетяжелой форме (87,2%). В 23,6% случаев отмечается негладкое течение КВИ.

Среди заболевших 69,6% составляют дети в возрасте от 1 года до 7 лет. У детей грудного возраста преобладает диарейный синдром (в 100% случаев) над общеинфекционным. В то же время у детей школьного возраста диарея сопровождает заболевание лишь в 73,3% случаев, а на первый план выступают повторные рвоты и выраженные симптомы интоксикации в 97,8% случаев.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

**Выполнила: Тухтаралиева Б, студентка 451 группы лечебного факультета., Научный руководитель: Султанова Ф.Х. Кафедра пропедевтики детской болезни и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Введение. Известный полиморфизм клинических проявлений герпесвирусных инфекций (ГВИ) у детей, а также выраженная тенденция этих болезней протекать в стертой, субклинической формах определяют трудности современной диагностики (а, следовательно, и своевременного лечения) у большинства наблюдаемых пациентов.

Между тем, существенно возросшие реальные возможности лабораторной диагностики уже сегодня позволяют с учетом комплекса анамнестических сведений, клинической симптоматики и данных лабораторных исследований не только



проводить своевременную диагностику и прогнозировать дальнейшее течение ГВИ, но и контролировать результаты проводимой терапии у этих больных.

Проблема заключается в создании патогенетически обоснованного диагностического алгоритма, т. е. в адекватной, согласованной оценке данных классической триады — анамнестических, клинических и лабораторных данных.

Цель исследования: изучить значение герпесвирус-ной инфекции в структуре различной инфекционной патологии у детей (при инфекционном мононуклеозе, поражении ЦНС, синдроме длительного субфебрилитета, гепатите и др.).

Материалы и методы исследования. Исследование маркеров вирусов семейства герпесов IV, V и VI типов у 50 клинически здоровых детей выявило значительную инфицированность данными вирусами, чаще в латентных формах (64%), но у трети детей (36%) — в виде персистирующих инфекций.

Результаты и их обсуждение. Исследование маркеров вирусов семейства герпесов IV, V и VI типов у 50 клинически здоровых детей выявило значительную инфицированность данными вирусами, чаще в латентных формах (64%), но у трети детей (36%) — в виде персистирующих инфекций. Так, ДНК герпесвирусов обнаружены в слюне и моче у 17 детей (ДНК EBV в слюне — у 7, CMV в моче — у 7, CMV в слюне — у 2, CMV в слюне и моче + EBV в слюне — у 1). В крови только у 1 ребенка обнаружена ДНК EBV. Антигены CMV в лимфоцитах крови у здоровых детей не определялись. Выявлены низкие уровни АТ класса IgG к EBV, CMV и HHV6 (к CMV — у 98%, к EBV — у 58%, к HHV6 — у 66%). АТ класса IgM в сыворотках крови не обнаруживались.

С учетом способности герпесвирусов к персистенции в иммунокомпетентных клетках (Т- и В-лимфоцитах, макрофагах) изучалось их значение у часто болеющих детей (ЧБД). Дети этой группы наблюдались с диагнозами: лимфаденопатия, ОРЗ, с рецидивирующими крупами (РК), обструктивными бронхитами (РОБ) (40), заболевания ЛОР-органов, тромбоцитопении и нейтропении и др. В 48% случаев была выявлена CMV-инфекция, которая в 88% протекала активно (выявлялась ДНК CMV в различных средах, структурный антиген pp65, антитела класса IgM). В 36% случаев в группе ЧБД обнаружены различные сочетания герпесвирусов IV, V и VI типов.

Вывод. Расшифрована этиология инфекционного мононуклеоза. ИМ у детей чаще протекает как моноинфекция (58%), ассоциированная с вирусами семейства герпесов IV, V и VI типов (EBV, CMV, HHV6), реже — как микстинфекция (42%) в различных сочетаниях этих вирусов. Клинические проявления ИМ типичны и не зависят от этиологии. При CMV и HHV6 ИМ реакция на гетерофильные антитела всегда отрицательная.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ШОВНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ РАН ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

**Фозилжонов О.Ш, студент 2 курса лечебного факультета,
Научный руководитель: Касимов Н.А.**

Кафедра общей хирургии, анестезиологии-реаниматологии и офтальмологии
факультета подготовки и переподготовки врачей

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время в хирургии используются шовные материалы длительного воздействия, которые позволяют дифференцированно срастать ткани с учетом особенностей их структуры и периодов обновления.

Появление новых швейных материалов в современной хирургии формирует новые технологические требования к исследованию атравматичных хирургических игл: это уменьшение диаметра проколотого канала, сопротивления, качества фиксации нити в ушке иглы и т.д.

В Узбекистане на сегодняшний день отсутствуют единые разумные стандарты оперативных методик наложения межорганных анастомозов и зашивания лапаротомных ран. Преобладают традиционные подходы к наложению непрерывных многорядных узловых швов с использованием нерассасывающихся намоточных шовных материалов, что сопровождается высоким процентом осложнений после операции: эвентрация - 0,33,0%; грыжи после ventральных операций - 2,0-15,9%.

Цель исследования. Целью исследования является изучение оценки сравнительных характеристик современных шовных материалов в профилактике осложнений при хирургических ранах в практике абдоминальной хирургии

Материалы и методы исследования. Для решения этих задач был проведен ретроспективный анализ диагностических и терапевтических манипуляций у 150 госпитализированных пациентов с хирургическим вмешательством, на основе которого был разработан алгоритм диагностики и лечения с использованием малоинвазивных методов. В них оценивалась эффективность применения современных швейных материалов.

Для проведения исследования, в зависимости от применяемых методов диагностики и лечения, нами были сформированы, стандартизованные по возрасту и полу, 2 группы пациентов основная (n = 98) и сравнения (n = 30)

Результаты клинического исследования. Мы видели, что современные хирургические рассасывающиеся шовные материалы с антибактериальным покрытием у обследованных пациентов сохраняли оптимальные механические свойства в агрессивных биологических средах Visryl Plus, PDS Plus, vitro в течение 30 дней, что позволило использовать их для наложения серии непрерывных межгалактических и билиодигестивных анастомозов в абдоминальной хирургии.

У обследованных нами пациентов мы наблюдали, что однорядный непрерывный шов апоневроза способен надежно удерживать края апоневроза передней брюшной стенки в течение 90 дней благодаря сохранению длительно впитывающейся хирургической нити PDS Plus 1 strength с новым кольцом.

У этой группы пациентов применение современных синтетических рассасывающихся шовных материалов с антибактериальным покрытием при зашивании лапаротомных ран и применении межорганных анастомозов уменьшает местные воспалительные и аллергические реакции макроорганизма на нить, а также создает благоприятные условия для регенерации тканей и заживления ран.светодиод к первичному напряжению.

Мы наблюдали, что использование динамического биомеханического моделирования швов на апоневроз передней стенки брюшной полости с учетом эластичности апоневроза и экспериментально полученных значений хирургической нити у пациентов с использованием современных шовных материалов позволило нам рассчитать оптимальные характеристики однорядного непрерывного шва, а также выберите дифференцированный хирургический шовный материал.

В ходе наших обследований мы отметили, что использование усовершенствованной концепции профилактики инфекций в области хирургического вмешательства у наших пациентов снизило риск послеоперационных гнойно-септических осложнений с 14,2 до 1,6%.

Результаты наших исследований напрямую связаны с практической медициной. Принимая во внимание оптимальные характеристики непрерывного шва, индивидуальные особенности каждого пациента и различные показания к использованию современных синтетических рассасывающихся шовных материалов, процент имплантационной инфекции у хирургических пациентов в абдоминальной хирургии снизился благодаря дифференцированному использованию современных хирургических шовных материалов с антибактериальным покрытием.

Вывод. Таким образом, разработка единой концепции профилактики инфекций в области хирургического вмешательства в абдоминальной хирургии, основанной на клинически рандомизированных и экспериментальных исследованиях с использованием современных шовных материалов и технологий однолинейного непрерывного наложения швов, является актуальной проблемой.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

**Фозилжонов О.Ш, студент 2 курса лечебного факультета, Научный
руководитель: Касимов Н.А. Кафедра общей хирургии, анестезиологии-
реаниматологии и офтальмологии факультета подготовки и переподготовки
врачей**

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность .Одной из актуальных проблем современной хирургии является язвенная болезнь. Язвенная болезнь представляет собой чрезвычайно сложную медицинскую научную проблему, которая и в настоящее время до конца ещё не решена.

Язвенная болезнь относится к числу широко распространенных внутренних заболеваний.



Проблема распространенности язвенной болезни является в настоящее время одной из наиболее обсуждаемых. В настоящей статье представлен анализ состояния проблемы в зависимости от различных эпидемиологических, клинических составляющих у пациентов различных возрастных групп.

Цель исследования - изучение клиническо – эпидемиологических особенностей гастродуоденальных язв в популяции долгожителей и разработка усовершенствованной инновационной технологии профилактики.

Материалы и методы исследования. Исследование будет проводится в Андижанской области, которая полностью отражает в себе условия Ферганской долины. Одновременное эпидемиологическое исследование будет организовано при применении рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) .

Объектом исследования будут лица выше 90 лет, свыше 500 мужчин и женщин будут привлечены к исследованию, они будут отобраны с обеспечением репрезентативности: 1) будут отобраны и полностью проверены долгожители по итогам списка голосования на последних выборах 2) Все долгожители из всех городов и районов Андижанской области пройдут комплексный осмотр на дому , с ними будет установлена постоянная связь посредством мобильных телефонов, будет проводится непрерывная профилактическая работа; 3) суть исследования будет доведена до сведения каждого участника , будет проводится подготовка и испытательная проверка, после чего будет проводится проверка по полной программе; 4) для выявления факторов риска ГДЯ и их оценивания будет использована анкета ВОЗ “SteppВОЗ” . (прилагается).

Результаты исследование. В нашем исследовании выявлено 64 человека (13,2 %) с неблагоприятным течением ХЯЖ среди всех обследованных (485 пациентов). Клиническая оценка больных с ХЯЖ показала, что ведущим симптомом заболевания в обеих группах была боль в животе. Жалобы на неё предъявляли 60 (93,8 %) пациентов из 1 клинической группы и 57 (89,0 %) из 2 группы.

Интенсивность болевого симптома нарастала при пенетрации ХЯЖ в малый сальник, поджелудочную железу (у 8 пациентов 2 группы по данным ЭУЗИ). Изжога встречалась у 25 (39,1 %) и 41 (64 %) больных - соответственно 1 и 2 клинических групп ($p < 0,05$). Степень выраженности симптомов диспепсии (отрыжка воздухом, тошнота, тяжесть в эпигастрии, вздутие) была с

опоставима по группам. У 10 (7,8 %) пациентов из обеих групп жалобы отсутствовали. Таким образом, мы не обнаружили достоверных отличий в клинических проявлениях рефрактерной язвенной болезни желудка.

Анализ эндоскопических данных у пациентов по группам (таблица 1) показал, что язвы тела и угла желудка по малой кривизне встречались во 2 группе у 55 (85,9 %) человек, т.е. достоверно чаще, чем в 1 группе - у 34 (53,1 %) пациентов. Во 2-й группе язвы желудка по размеру были большими - в 71,9 % случаев и гигантскими - у 14%; в 1-й группе большие язвы были у 27,4 % пациентов, гигантские язвы не выявлены.

Вывод. Таким образом, выявление ХЯЖ на фоне АХГ обуславливает необходимость проведения комплексного эндоскопического и морфологического исследования СОЖ, что позволяет: провести дифференциальный диагноз между ХЯЖ и первично-язвенной формой рака желудка при отборе пациентов для консервативного и оперативного лечения; оценить исходное состояние СОЖ в целом

и выявить пренеопластические изменения (кишечная метаплазия, дисплазия) для формирования группы повышенного онкологического риска, а в последующем осуществить мониторинг изменений СОЖ в процессе лечения.

Индивидуализация лечения больных с ХЯЖ должна основываться на своевременной прогностической оценке морфологических признаков язвенной болезни. Дисплазия высокой степени служит абсолютным показанием к хирургическому лечению ХЯЖ с целью своевременного выявления рака желудка.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ

**Фозилжонов О.Ш, студент 2 курса лечебного факультета, Научные
руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К. Кафедра психиатрии,
наркологии, медицинской психологии и с курсом психотерапии
Андижанский государственный медицинский институт**

Введение. Проблема пароксизмальных и эпилептических расстройств и заболеваний у детей, рожденных от браков между близкими родственниками, является одной из важных проблем современной неврологии, педиатрии и психиатрии.

Распространенность судорожных состояний у детей, рожденных в близком браке, составляет 5,0 -10,0%. пароксизмальные и эпилептические расстройства и заболевания являются основным источником эпилепсии у взрослых, поэтому предотвращение их возникновения у детей является ключом к профилактике эпилепсии. Особенно важно в этом отношении изучение судорожных состояний в раннем детстве (до 3 лет).

Цель исследования. Целью исследования является лечение и профилактика пароксизмальных и эпилептических расстройств у детей, рожденных от браков между близкими родственниками

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач было проведено клинико-эпидемиологическое обследование 60 детей раннего возраста с судорожными расстройствами. Из них мальчиков 40 (66,7%), девочек 20 (33,3%).

Результаты исследования. Значение наследственных факторов в возникновении судорожных состояний не отрицается, но рассматривается большинством авторов лишь как предрасполагающий.

У наших больных наследственная отягощённость выявлена в 18,0% случаев, в том числе эпилепсия у родственников в 3,4% случаев, у одного из родителей – в 7,7% случаев. Другие психические заболевания среди родственников первой степени родства были отмечены в 6,9% случаев.

Точные сведения о времени начала судорог были получены обо всех больных. В первые дни после рождения судорожные состояния впервые возникли у 8 детей (13,5%), (мальчиков –7, девочек -1), в течение первого месяца – у 6 (10,2%) детей, (мальчиков –3, девочек -3), до 6 месячного возраста – у 23 (39,0%) детей, (мальчиков –14, девочек - 9), до 1 года – у 16 (25,4%) детей, (мальчиков – 13, девочек – 3), до 2



лет – у 4 (6,8%) детей, (мальчиков – 2, девочек - 2), до 3 лет – у 3 (5,1%) детей, (мальчиков – 1, девочек - 2).

Из полученных данных видно, что у детей раннего возраста впервые судорожные состояния чаще возникают до 6 месяцев.

Многие авторы отмечают, что наследственность является фактором, понижающим судорожный порог мозга ребёнка. Приступы появляются только тогда, когда к этому предрасполагающему фактору присоединяется эпилептическая вредность.

К числу пренатальных вредностей, которые в дальнейшем могут спровоцировать возникновение судорожных состояний, относят хроническую гипоксию плода, гестозы, инфекции и интоксикации беременной матери. Родовые травмы, затяжные роды, родоразрешение с помощью акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, стремительные роды, длительная асфиксия являются одной из частых перинатальных причин судорожных состояний. У детей, страдающих судорожными состояниями, в анамнезе часто выявляются асфиксия и гестозы у матери во время беременности.

По данным клинического обследования наличие пренатальных вредностей выявлено в 43 (73%) случаях, перинатальные вредности выявлены у всех обследованных нами детей (100%).

В постнатальном периоде судорожные состояния могут вызвать многочисленные и разнообразные факторы: мозговые инфекции, черепно-мозговые травмы, различные соматические заболевания. Большое значение в развитии судорожных состояний имеют острые инфекции. Среди изученных нами больных в 24 (40,6%) случаях имеются указания на перенесенные в прошлом инфекции.

Непосредственную связь инфекции с вызываемыми судорожными состояниями мы наблюдали у 14 (23,7%) больных. У 2 (3,4%) больных судорожные состояния впервые появились после прививки АКДС.

Наиболее частой формой родственного брака является брачный союз между двоюродными родственниками. В целом чаще в родственный брак вступают сельские жители, имеющие более низкий уровень образования.

Частота встречаемости судорожных состояний среди мальчиков в два раза больше, чем среди девочек, то есть мальчики более подвержены возникновению судорожных состояний.

Судорожные состояния возникают под влиянием совместного воздействия эндо- и экзогенных факторов. Среди эндогенных факторов наиболее важное значение имеет наследственный фактор. Среди экзогенных – наибольшее значение имеют гестозы беременности, родовые травмы, инфекционные заболевания.

Вывод. Таким образом, проблема родственных браков, несмотря на имеющиеся тенденции к снижению их частоты во многих странах, затрагивает не менее 20% населения и десятки стран планеты и на сегодняшний день не теряет своей актуальности.

ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

**Фозилжонов О.Ш, студент 2 курса лечебного факультета, Научные
руководители: Аграновский М.Л., Козимжонова И.Ф. Кафедра психиатрии,
наркологии, медицинской психологии и с курсом психотерапии
Андижанский государственный медицинский институт**

Введение. В последние годы стала заметно прослеживаться тенденция к разграничению используемых фармакологами и наркологами понятий «опийная наркомания» и «опиоидная наркомания». Понятие «опиаты» обычно включает наркотические вещества природного происхождения, полученные из растительного сырья (снотворного мака — *Papaver somniferum*), в том числе как отдельные алкалоиды этого растения, так и первично обработанные растительные продукты, содержащие смесь алкалоидов (специальным образом кустарно обработанный и готовый для употребления опий-сырец — так называемый ацелированный опий). Полученные искусственным (полусинтетическим или синтетическим) путем сходные по фармакологическому действию с опиатами вещества обозначают термином «опиоиды».

Опийные вещества подразделяются по происхождению: природные, полусинтетические, синтетические, а также по типу их фармакологического действия: полные и частичные агонисты опиоидных рецепторов, антагонисты и препараты смешанного (агонист-антагонистического) действия.

Цель исследования. Изучить клинические особенности опийной интоксикации.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленных цели было проведено обследование 42 больных с перенесших опийную интоксикацию.

Результаты исследования. Парентеральное введение препарата вызывает аналгезию, безразличие к боли, сонливость, чувство теплоты, тяжести в конечностях и сухости во рту. Как правило ощущается эйфория («приход»), возникающая вскоре после в/в введения и длящаяся 10-30 минут; затем доминирует седативный эффект («волокуша»). Первые приёмы могут сопровождаться дисфорическим оттенком аффекта, тошнотой и рвотой.

Аналгетический эффект достигает максимума через 20 минут после в/в введения, примерно через 50-60 минут после п/к и длится 4-6 часов в зависимости от типа препарата, дозы и стажа употребления. Может отмечаться гиперемия и зуд кожных покровов, в особенности носа. Отмечается сужение зрачка, спазм гладкой мускулатуры (включая мочеточник и желчные пути) запоры.

Передозировка сопровождается замедлением дыхания, брадикардией, снижением реакции на внешние раздражители, понижением температуры и давления крови. Опиоиды подавляют функцию дыхательного центра в стволе мозга (этот эффект потенцируется фенотиазинами и ингибиторами МАО). Смерть при передозировке, как правило, связана с остановкой дыхания. Классическая триада передозировки опиатов: кома, зрачки типа «булавочной головки» и подавление дыхания. Передозировка обычно происходит случайно и может потребовать экстренного медицинского вмешательства. Среди причин — ошибка в дозировке либо нерегулярное использование препарата, в связи с чем пациент может утратить

прежнюю толерантность. Часто передозировку вызывает сочетание героина с другими препаратами, угнетающими ЦНС, например, алкоголем или седативно-гипнотическими средствами. Клинически симптомы включают выраженный миоз, угнетение дыхания, угнетение деятельности ЦНС. Лечение включает срочную госпитализацию в отделение интенсивной терапии, проведение симптоматической терапии по поддержанию жизненно важных функций и срочное введение антагониста опиатов – налоксона (налорфина). Сразу вводится 0,8 мг в/в, если через 15 минут нет эффекта - вводят 1,6мг и оценивают эффект через 15 минут. При отсутствии эффекта ещё вводят 3,2 мг, затем при достижении желаемого результата необходимо вводить налоксон 0,4 мг каждый час. Следует помнить, что налоксон имеет короткий период полувыведения, поэтому его нужно применять постоянно до полного выведения опиатов (например, метадон до 3-х суток). Необходимо учитывать возможность передозировки несколькими препаратами.

При регулярном употреблении опиатов быстро возникает выраженная психическая и физическая зависимость с тяжелыми явлениями при отмене наркотиков (абстинентный синдром), высокая толерантность.

Отличительным признаком зависимости при употреблении препаратов опия и морфиноподобных веществ является то, что она возникает даже при использовании малых доз препаратов, которые применяются иногда в терапевтических целях.

Явления абстинентного состояния начинают развиваться в течение нескольких часов после приёма последней дозы в период, когда должна быть принята очередная доза по устоявшейся схеме, и достигают своего пика на 2-3 сутки (через 36-72 часа), снижаясь в последующие 7-10 дней, хотя отдельные проявления (бессонница, брадикардия) могут сохраняться до нескольких месяцев. Существует закономерность: чем более активен опиат, тем быстрее, короче и интенсивнее синдром отмены. Клиническая картина в легких случаях во многом напоминает состояние при гриппе.

Вывод. Больные трудоспособны только тогда, когда они находятся под воздействием наркотика. Круг интересов резко сужается: сосредоточен только вокруг наркотиков и их добывания, исчезает интерес к прежним занятиям. Наблюдается общее эмоциональное огрубение, лживость, морально-этическое снижение. Речь изобилует жаргонными словами. Отчётливых психических расстройств в виде значительного снижения интеллекта, деменции не отмечается.

Считается, что после формирования зависимости героиновый наркоман живёт в среднем 4,5-5 лет. Смерть обычно наступает от передозировки, редко в период абстиненции из-за падения сердечной деятельности.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕПРЕССИИ У МОЛОДЕЖИ

**Фозилжонов О.Ш, студент 2 курса лечебного факультета, Научные
руководители: Аграновский М.Л., Долимова М.А. Кафедра психиатрии,
наркологии, медицинской психологии и с курсом психотерапии
Андижанский государственный медицинский институт**

Депрессия у молодых людей – это опасное психологическое расстройство настроения, которое может возникнуть в период специфического течения, взросления. Изучение специфического течения депрессии у молодых людей является фактором, способствующим ее ранней диагностике, и важно заметить ее первые признаки: если вовремя не начать лечение, болезнь может перейти в хроническую форму и привести к более тяжелым последствиям в период полового созревания.

Актуальность темы. Депрессия у молодых людей – это психопатологическое состояние, характеризующееся снижением настроения, уменьшением, а иногда и потерей чувства радости, замедлением уровня расстройств мышления и даже угнетением активности, в клинике рассматриваемое как психопатологическое состояние со специфическим типом неприятия[2].

В результате развития современной психиатрии и медицинской психологии было установлено, что депрессия может возникать у людей любого возраста, даже у младенцев, но, в зависимости от возрастных особенностей, течение депрессивных расстройств имеет свои симптомы [4].

В настоящее время ни для кого не секрет, что депрессия является одним из особенно распространенных аффективных расстройств у населения развитых стран. В последние годы детские психиатры отвергли идею детской депрессии[1]. Считалось, что признаки депрессивных состояний у молодых людей являются нормативными и временными проявлениями, характерными для определенных этапов детского развития[3]. Однако для детей и подростков депрессия является такой же проблемой, как и для взрослых.

В настоящее время известно, что снижение настроения в детском возрасте является распространенным, не всегда распознаваемым тяжелым заболеванием, распространенность которого постоянно растет и колеблется от 20% до 85% [3]. Диагностика депрессии часто затруднена из-за крайней изменчивости, нестабильности и многообразия проявлений, маскировки соматических и вегетативных симптомов, влияния многих внешних, средовых факторов. Обычно течение депрессивного расстройства в форме меланхолии относительно редко встречается у детей, когда диагноз ясен и определена терапевтическая тактика[5].

В отличие от взрослых, наиболее яркими признаками депрессии у молодого человека часто являются чувства нервозности или гнева, которые могут перевешивать нормальные депрессивные проявления.

Цель исследования. Целью исследования является современный подход к ранней диагностике и профилактике депрессии молодом возрасте.

Материалы и методы исследования. Выборка испытуемых включала 150 пациентов с депрессией различной степени тяжести. Оценка конструктивной валидности пунктов проводилась после построения модели шкалы.

Результаты исследования. Возрастные особенности депрессивных расстройств детей раннего возраста подразделяют на адинамическую и тревожную депрессии. Симптомами адинамической депрессии является вялость, медлительность, монотонность, а тревожная депрессия проявляется капризностью, плаксивостью, двигательным беспокойством, негативизмом.

Для депрессивных расстройств у детей дошкольного возраста характерны вегетативные и двигательные расстройства, но в то же время, по внешнему виду детей заметно плохое настроение: выражение лица, поза, тихий голос, жалобы на неприятные ощущения в конечностях.

Депрессивные расстройства детей младшего школьного возраста проявляются в нарушениях поведения: вялости, замкнутости, потери интереса к играм, трудностях в учебе, реже раздражительность, агрессивность, прогулы.

В подростковом возрасте уже проявляется депрессивный аффект, который сочетается с вегетативными расстройствами: нарушениям сна, аппетита, головными болями. У мальчиков часто проявляется раздражительность, у девочек - слезливость, вялость, подавленность. Часто возникают идеи самообвинения и ипохондрия.

Возрастные особенности депрессивных расстройств у лиц пожилого (позднего) возраста связаны с процессом возрастной инволюции. Характерна депрессивная переоценка прошлого (прошлое воспринимается как счастливое и благополучное), боязнь за здоровье и страх перед материальными затруднениями. С возрастом учащаются тревожно-ипохондрические и тревожно-бредовые расстройства, при которых характерно нарушение сна, аппетита изменение массы тела.

Методологическая основа МСР состоит в построении максимально правдоподобной измерительной шкалы на основе вероятностного анализа взаимодействия ответов респондента, диагностических пунктов и суммарной оценки по шкале. Шкалы, созданные на основе МСР, отличаются высокой стабильностью параметров и критериев интерпретации, надежностью и точностью.

В ходе исследования я научилась проводить диагностику, обрабатывать и анализировать полученные данные. В практической части моей работы отражены результаты диагностического исследования и разработаны рекомендации для подростков и их родителей, педагогов по профилактике депрессивных состояний.

Депрессивные состояния в подростковом возрасте опасны по своим последствиям и часто сочетаются с другими проблемами, такими как нарушение пищевого поведения, суицидальное поведение, нервно-психическое напряжение.

Депрессивное состояние - достаточно распространенное явление среди подростков. Я часто встречаю ровесников и ребят помладше, у которых чаще всего подавленное состояние и плохое настроение. Это и побудило меня узнать больше и лучше понять, что же с ними происходит и что это такое.

Набирая информацию для теоретической части, я узнала много нового для себя. Например, какие симптомы у депрессивного расстройства и что делать, если таковые у подростка имеются.

Практическая же часть помогла мне узнать, есть ли в моём окружении подростки со склонностью к депрессии или же есть ли она у кого-то из них. Это помогло мне лучше узнать о состоянии окружающих меня ребят.

У детей до года, при разлуке с матерью, возникает так называемая анаклитическая депрессия, которая изначально проявляется двигательным беспокойством, плачем, отчаяньем, после этого наступает вялость, нарушение аппетита, похудение, апатия, отказ от игр, нарушение ритма сна, снижение или исчезновение реакции на внешние раздражители, задержка в развитии психики и моторики.

Вывод. Таким образом, исследования по изучению депрессивных расстройств у молодых людей продолжаются, но многие вопросы их диагностики, лечения и профилактики по-прежнему остаются проблемой и требуют дальнейшего изучения.

Среди причин лишь умеренного успеха в лечении этих расстройств - высокая распространенность сопутствующей патологии, значительная гетерогенность диагностических синдромов и полное непонимание патофизиологии и этиологии депрессии и тревожных расстройств. Все эти факторы являются серьезным препятствием на пути разработки и внедрения новых методов лечения.

Исследователи полагают, что эффективность терапии может быть повышена за счет улучшения понимания этиологических и психопатологических механизмов, лежащих в основе общего риска депрессии и тревоги у молодых людей (например, негативный аффект, поведенческое избегание).

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ

**Хакимжонова М. – студент 5-курса, педиатрического факультета Научный
руководитель: Примкулова Г.Н.Кафедра пропедевтики внутренних болезней
педиатрического факультета
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Пиелонефрит, в основе которого лежит предшествующее органическое или функциональное нарушение уродинамики, принято обозначать как вторичный. Для первичного пиелонефрита характерно первичное инфицирование мочевыводящей системы. ОП может быть также диффузным и очаговым. Гнойными формами ОП являются абсцесс, карбункул и апостематозный нефрит.

Параренальный ретроперитонеальный абсцесс является осложнением пиелонефрита. Локальные формы бактериального воспаления нередко трансформируются в гнойники, сначала мелкие, которые затем, сливаясь, образуют карбункулы или крупный абсцесс. Острый ограниченный пиелонефрит является локализованной формой инфекционного воспаления почки. В зарубежной литературе эта форма пиелонефрита описывается также под названием острой лобарной нефронии по аналогии с острой лобарной пневмонией.

Цель исследования. анализ современных данных по проблеме диагностики, и лечения пиелонефрита.



Материал и методы исследования. Проведен обзор публикаций отечественных и зарубежных авторов, изучены данные рандомизированных клинических и эпидемиологических исследований.

Результаты и их обсуждение. У больных с гнойно - деструктивными формами острого пиелонефрита местные симптомы заболевания более выражены и наблюдаются чаще, чем у пациентов, страдающих острым серозным пиелонефритом.

Характерным для больных с гнойно - деструктивными формами острого пиелонефрита является наличие выраженного иммунодефицита, касающегося всех показателей иммунитета.

В патогенезе острого пиелонефрита одним из ведущих факторов являются нарушения в системе гемостаза и тесно связанные с ними расстройства микроциркуляции в почке. Гиперкоагуляционные изменения выявлены у 100% больных с гнойными формами острого пиелонефрита и у 78% больных, страдающих острым серозным пиелонефритом. При этом более выраженные признаки нарушения гемокоагуляции имели место у больных с гнойно - деструктивными формами заболевания.

Ультрасонография является методом скрининга при распознавании гнойных форм острого пиелонефрита. Ультразвуковое исследование позволяет правильно поставить диагноз до выполнения операции у 85% больных апостематозным пиелонефритом, у 78,6% больных карбункулом почки, у 100% больных абсцессом почки и у 88,9% больных пиелонефрозом.

Пациентам, у которых по данным ультразвукового исследования диагноз гнойного пиелонефрита остаётся сомнительным, показано выполнение компьютерной томографии, которая позволяет выявлять как очаговые, так и диффузные изменения в паренхиме почки и дифференцировать серозную и гнойную стадии пиелонефрита.

Лечение больных острым пиелонефритом должно быть комплексным и обязательно предусматривать воздействие на все звенья этиологии и патогенеза болезни.

Биорегулирующая терапия больных острым пиелонефритом приводит к существенному уменьшению активности воспалительного процесса в почке благодаря регулирующему влиянию на показатели иммунитета и систему гемостаза.

Лечебный плазмаферез при осложнённом и тяжёлом клиническом течении острого пиелонефрита в сжатые сроки устраняет симптомы интоксикации и повышает эффективность антибактериальной терапии.

Вывод. Современное развитие медицинской техники, особенно методов лучевого обследования, делает приоритетным поиск новых направлений и методик ранней неинвазивной диагностики ОП и, особенно, его гнойных форм. Кроме того, принципиально важным становится необходимость объективной визуализации и доказательности наличия воспалительного очага в почке для назначения соответствующего лечения.

Лучевая объективизация патологического процесса в почках и ранняя визуализация характерных лучевых симптомов гнойной деструкции в паренхиме позволяют в подавляющем большинстве случаев исключить необходимость применения агрессивных методов диагностики, оставив лишь показаниями к хирургическому вмешательству те доказанные формы гнойного ОП, которые не

могут быть излечены консервативно. В то же время, несмотря на большие возможности современных методов исследования, многие аспекты ранней диагностики гнойных форм ОП требуют дальнейшего изучения.

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕТОДОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Хакимова Д-студент 5 курса педиатрический факультета Научный
руководитель: Б.Т.Батирова, ассистент кафедры фтизиатрии
Андижанский государственный медицинский институт Андижан, Узбекистан**

Введение. Поэтому в настоящее время особое место в структуре визуальных методов диагностики приобрело ультразвуковое исследование. Безопасность методики, отсутствие лучевой нагрузки, простота ее выполнения, не требующей особой подготовки больных для проведения исследования, возможность проводить исследование везде и в любых условиях, краткосрочность (в пределах нескольких минут) и экономичность, возможность проводить мониторинг течения болезни, высокая чувствительность и специфичность метода, а также наличие современных ультразвуковых аппаратов почти во всех медицинских учреждениях Республики Узбекистан привели к резкому росту удельного веса ультразвуковых исследований. Квалифицированные врачи сонологи смогут по возможности рано выявить тяжелейшее осложнение коронавируса – пневмонию, которая на сегодняшний день является основной причиной смерти пациентов. Тем самым помогут разработать дальнейшую тактику ведения и лечения таких пациентов. Кроме того, urgentное ультразвуковое исследование легких по диагностической точности намного превосходит радиографическое исследование, выполняемое у постели пациента, и по чувствительности и специфичности приравнивается к СТ (Computed Tomography), обеспечивая правильный диагноз в 90,5 % случаев у пациентов с острой респираторной недостаточностью. Ультразвуковой диагноз патологии легких обеспечивается в течение нескольких минут и способствует быстрому проведению адекватных лечебных мероприятий и улучшению состояния пациентов с тяжелой одышкой.

Материалы зарубежной и отечественной литературы показывают, что, диагностические возможности контактного ультразвукового исследования в визуализации плевры и легких в норме, в выявлении и дифференциации патологических изменений в них до настоящего времени недостаточно изучены. Последнее означает необходимость и своевременность решения данного вопроса.

Цель исследования. Оценка диагностических возможностей ультразвукового исследования в визуализации плевральных полостей и легких, выявление патологических изменений в них, а так же использование ультразвукового метода в дифференциальной диагностике.

Материалы и методы исследования. Ультразвуковые исследования проводились ультразвуковых аппаратах “Medson”, «MindrayDC 6» (экспертный класс, с функцией 3D/4D). Тип и частота датчика - конвексный, линейный, кардиологический 3,5-5



МНз.В условиях Андижанского областного противотуберкулезного диспансера (АОПТД) и клиник АГМИ за период с 2017 по 2020 годы позволило определить возможности данного метода на основании результатов обследования 602 пациентов. Среди общего числа пациентов было 284 женщины (в возрасте от 27 до 74 лет) и 318 мужчин (в возрасте от 19 до 85 лет). Средний возраст составил 64,2 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Злокачественная опухоль средостения в нашей работе диагностирована при ультразвуковом исследовании у 3-х (15%) больных. Во всех случаях опухоль была подтверждена при рентгенологическом исследовании и КТ.

Ультразвуковое исследование, проведенное у 3-х (15%) больных с мезотелиомой плевры, позволило во всех случаях выявить патологические изменения.

Эходиагностическими признаками мезотелиомы плевры являются: 1) локальное или диффузное утолщение плевры; 2) экоструктура утолщенной плевры однородная со средней интенсивностью эхосигнала; 3) наличие объемного образования с неровными контурами; 4) экоструктура опухолевого узла однородная с повышенной эхогенностью или с участками пониженной эхогенности при распаде опухоли.

Сравнительный анализ с данными рентгенологического исследования показал, что при рентгенографии в 2-х случаях патологические изменения плевры выявлены не были, в 1-ом интерпретация, выявленных изменений была затруднительна. КТ выявила утолщение плевры у 2-х больных, в 1-ом случае данные изменения определены не были.

Полученные результаты показали, что использование ультразвукового исследования позволяет четко определить дифференциальные признаки злокачественного процесса, определить топографию опухолевого узла.

Учитывая тот факт, что мезотелиома плевры как правило сопровождается плевритом (В.М. Тыркасова с соавт., 1984) использование ультразвукового метода позволит существенно улучшить диагностику данного заболевания.

Выводы: данные нашего исследования дают основание говорить о ведущей роли ультразвукового исследования в диагностике опухолевого поражения плевры. Осуществление ультразвуковой скрининг-программы позволит значительно сократить количество рентгенологических исследований, которые менее информативны в выявлении данной патологии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Хакимова Д-студент 5 курса педиатрический факультета Научный
руководитель: Б.Т.Батирова, ассистент кафедры фтизиатрии
Андижанский государственный медицинский институт Андижан, Узбекистан**

Введение. В последние годы зарубежом отмечается бум в развитии сонографии, особенно urgentной в условиях пандемии COVID-19 в пульмонологической практике. Количество сайтов и публикаций по всем направлениям сонографии поражает своим изобилием, в частности сонографии легких при острой респираторной недостаточности.



В то время как в нашей отечественной сонографии отношение к ультразвуковому исследованию легких остаётся скептическим, поскольку многие клиницисты, так и радиологи убеждены в том, что ультразвук не способен визуализировать патологию легких. И убедить их в этом сложно, пока они сами не убедятся на практике, насколько полезен ультразвук в руках практического врача, особенно в urgentных ситуациях, где быстрый диагноз спасает жизнь пациенту. Рентгенологическое исследование является одним из основных методов диагностики патологии легких и плевры. Однако, говоря об авторитете нельзя не указать на определенные ограничения, обусловленные пределами диагностических возможностей рентгенографии. Так, рентгенологические методы связаны с лучевой нагрузкой, что часто является причиной отказа больных от первичного исследования, обусловленное радиофобией. И тем более от повторных рентгенологических исследований, которые необходимы для уточнения выявленных изменений.

Поиск зарубежных и отечественных данных об использовании альтернативных неинвазивных методов исследования грудной клетки показал, что возможности компьютерной томографии (КТ) неоспоримы, КТ является «золотым стандартом» методов визуализации. Однако, в ранних стадиях процесса, когда нет выраженных изменений в ткани легких трудно диагностировать патологических изменений, даже КТ методом. Также в настоящее время не все лечебно-диагностические учреждения оснащены компьютерными томографами и как, рентгенография КТ тоже имеет лучевую нагрузку.

Цель исследования. Оценка диагностических возможностей ультразвукового исследования в визуализации плевральных полостей и легких, выявление патологических изменений в них, а так же использование ультразвукового метода в дифференциальной диагностике.

Материалы и методы исследования. Ультразвуковые исследования проводились ультразвуковых аппаратах “Medson”, «MindrayDC 6» (экспертный класс, с функцией 3D/4D). Тип и частота датчика - конвексный, линейный, кардиологический 3,5-5 MHz. В условиях Андижанского областного противотуберкулезного диспансера (АОПТД) и клиник АГМИ за период с 2017 по 2020 годы позволило определить возможности данного метода на основании результатов обследования 602 пациентов. Среди общего числа пациентов было 284 женщины (в возрасте от 27 до 74 лет) и 318 мужчин (в возрасте от 19 до 85 лет). Средний возраст составил 64,2 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем пациентам в обязательном порядке проводилось рентгенологическое исследование грудной клетки, которое включало наряду с обзорной рентгенограммой в 2-х проекциях и послойное томографическое исследование, при подозрении на плеврит исследование проводилось в латеропозиции. Компьютерная томография (КТ) выполнена у 167 (27,7%) больных с патологическими изменениями в плевральных полостях и легких.

Результаты исследования показали, что главным достоинством ультразвукового метода явилась возможность четко дифференцировать печень, диафрагму, плевральную полость. Кроме того, высокая специфичность ультразвукового метода позволяет по характеру контуров, эхоструктуре образования достаточно точно определить доброкачественность процесса.



В то же время информативность рентгенологического метода в дифференциации объемных образований плевральных полостей ограничена, так как при данном методе невозможна четкая визуализация печени и диафрагмы. При компьютерной томографии ошибочные результаты обусловлены проведением срезов по Пирогову, что приводит к наложению изображения объемных образований, локализующихся в нижних отделах плевральной полости, на изображение печени.

Диагностическое значение ультразвукового метода в выявлении злокачественного процесса в плевральной полости изучено при обследовании 14(46,7%) больных с метастазами в плевру.

Эхографическое изображение метастазов в плевру характеризуется:

- 1) утолщением плевры в зоне метастазирования,
- 2) эхоструктура утолщенной плевры однородная с несколько пониженной эхогенностью,
- 3) наличием одного или нескольких округлых объемных образований с ровными контурами,
- 4) однородной эхоструктурой со средней интенсивностью эхосигнала, или неоднородной эхоструктурой при распаде метастаза,
- 5) однородной эхоструктурой с пониженной интенсивностью эхосигнала или неоднородной эхоструктурой за счет участков с низкой интенсивностью эхосигнала (участки распада). Минимальный размер метастаза диагностированного при ультразвуковом исследовании был 1 см.

Выводы: данные нашего исследования дают основание говорить о ведущей роли ультразвукового исследования в диагностике опухолевого поражения плевры. Осуществление ультразвуковой скрининг-программы позволит значительно сократить количество рентгенологических исследований, которые менее информативны в выявлении данной патологии.

ВАЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ДИСПЛАЗИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

**Выполнила: Хошимова Р.Х, студентка 608 группы педиатрического
факультета. Научный руководитель: Юнусов Д.М. Кафедра пропедевтика
детских болезней и поликлинической педиатрии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Проблема легочной патологии у новорожденных, особенно у недоношенных остаётся одной из основных. Как, известно именно неонатальный период является наиболее критическим в жизни ребенка. В это время происходит перестройка его функциональных систем, прежде всего дыхания. Нарушение в становлении этой жизненно важной системы у недоношенных реализуется в респираторный дистресс синдром (РДС). Данное состояние требует неотложной терапии, а именно, искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Цель исследования. Изучить особенности морфологических проявлений неонатальной бронхолегочной дисплазии, разработать унифицированный алгоритм морфологической диагностики её на различных этапах морфогенеза, раскрыть



своеобразие клеточного обновления в легких при этом заболевании на основании комплексного клинико-морфологического анализа секционного материала, морфологического и иммуногистохимического исследования.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач, в период с 2023 по 2024гг., обследовано 299 недоношенных детей раннего возраста, из них 35 детей с диагностированной бронхолегочной дисплазией (средний возраст $1,8 \pm 0,9$ мес.) и 64 ребенка без БЛД (средний возраст $1,6 \pm 0,4$ мес.), находящиеся на стационарном лечении в отделении раннего возраста г. Андижана.

Результаты исследования. Нозологическая оценка патогистологических изменений в легких при БЛД позволяет разделить всё их многообразие на 3 группы: 1) преморбидные, предшествующие развитию БЛД и не входящие в её интранозологическую характеристику; 2) неспецифические, встречающиеся при других хронических заболеваниях легких; 3) патогномоничные, относительно специфические для БЛД, что помогает унифицировать морфологическую диагностику БЛД.

Патогномоничные изменения возникают последовательно по мере прогрессирования заболевания: а) бронхиолоэктазии, звездчатые ателектазы, волюмо- и баротравмы; б) «розеткообразная» перестройка бронхиол; в) мозаичный и очаговый пневмосклероз на фоне муаровых и фибромускулярных ателектазов; г) мелкокистозная перестройка бронхиол на фоне очагов пневмосклероза и фиброателектазов.

Перечисленная последовательность патогномоничных изменений в легких позволяет в морфогенезе БЛД выделить четыре стадии, начальными звеньями которых являются: 1) бронхиолоэктазии, 2) розеткообразные бронхиолы, 3) мозаичный пневмосклероз; 4) сотовое легкое.

На основании изученных особенностей структурных проявлений и морфогенеза БЛД разработан алгоритм патогистологической её диагностики в графической и иллюстрированной формах, позволяющий унифицировать диагностику этого заболевания и повысить качество клинико-анатомических сопоставлений.

Перестройка мелких артерий и артериол легких характеризуется гипертрофией и гиперплазией миоцитов средней оболочки сосудов, гиперэластозом, периваскулярным склерозом и миоэластофиброзом. С каждой более тяжелой стадией развития БЛД в результате перестройки стенки сосудов всё больше утолщаются, а просветы их суживаются, что подтверждается увеличением среднего индекса Керногана и ведет к развитию легочной гипертензии.

Постоянным признаком проявления неонатальной БЛД являются ателектазы и фиброателектазы, возникновение которых связано с низкой активностью антиателектатического фактора. На уровень его стабильности влияет гипероксигенация легочной ткани при ИВЛ.

Патоморфологическую картину БЛД обуславливают лишь три этиологических фактора: 1) длительная искусственная вентиляция легких с жесткими параметрами; 2) токсическое действие кислорода; 3) незрелость легочной ткани. Все другие условия, способствующие формированию этого заболевания (РДС, инфекция, инфузионная терапия, ВЖК) относятся к факторам риска и вносят некоторое разнообразие в его проявления.

Вывод. Изучение морфологических проявлений неонатальной БЛД позволило представить морфологические дифференциально-диагностические критерии заболевания по степеням его развития. На основании полученных данных можно существенно обьективизировать, и унифицировать морфологическую диагностику БЛД, а также повысить качество клинико-анатомических сопоставлений. Для внедрения в практику патологоанатома морфологических проявлений БЛД, разработан алгоритм патоморфологической диагностики БЛД по стадиям её морфогенеза, в том числе и иллюстрированный вариант этого алгоритма.

SECONDARY IMMUNODEFICIENCY ASSOCIATED WITH TUBERCULOSIS AND THE CAUSE OF ITS OCCURRENCE

A. A. Khushnudbekov - Master of Phthisiology and Pulmonology of the 1st stage
Scientific supervisor: R. A. Khakimova - Candidate of Medical Sciences, Associate
Professor Department of Phthisiology and Pulmonology
Andijan State Medical Institute

Relevance of the topic: Tuberculosis (TB) is not only a respiratory disease caused by *Mycobacterium tuberculosis* but also a complex ailment that significantly impacts the immune system, leading to a secondary immunodeficiency condition.

The purpose of the study: TB and Immunodeficiency: Provide an overview of tuberculosis as a leading infectious disease and its impact on global health. Introduce the concept of secondary immunodeficiency arising from TB infection.

Subject and object of study. Explain the body's initial immune response to *M. tuberculosis*. Highlight how the bacteria can evade immune mechanisms, leading to chronic infection.

Research results. Explore how TB contributes to immunosuppression, affecting both innate and adaptive immune responses. Discuss the role of various immune cells, such as macrophages and T lymphocytes, in the context of TB-induced immunodeficiency. Cytokine Dysregulation in TB-Associated Examine alterations in cytokine production and signaling pathways during TB infection. Discuss how these changes contribute to the establishment of secondary immunodeficiency. Explore how TB affects the function of antigen-presenting cells, crucial for initiating an effective immune response. Discuss the consequences of impaired antigen presentation on overall immune competence.

Conclusion: Summarize the complex relationship between tuberculosis and secondary immunodeficiency. Emphasize the importance of addressing both aspects for comprehensive patient care and disease control.



АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

**Шокиров Дилмуроджон Шухратбекович-студент 117-й группы лечебных
факультетов Научный руководитель: Гульноза удивлена Кадирджановна
Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Полученные данные позволяют выделить девушек-подростков с анемией в группу высокого риска по формированию нарушений функции репродуктивной системы. Выявлена взаимосвязь между гормональными и феррокинетическими показателями сыворотки крови. Разработан алгоритм обследования анемии у девушек-подростков. Обоснована тактика комбинированного лечения анемии у девушек-подростков с целью получения полной гематологической и клинической ремиссии с нормальными показателями феррокинетики.

Цель исследования. Оптимизация тактики лечения ЖДА у девочек подростков с помощью выбора на основе методов доказательной медицины наиболее эффективного терапевтического плана.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач исследовано репродуктивное здоровье 160 девушек-подростков 14-19 лет, основную группу составили 110 девушек-подростков с анемией, которым проводилось комплексное обследование и лечение с применением современных методов диагностики и терапии, группу контроля составили 50 здоровых девушек-подростков.

Результаты исследования. При лечении железодефицитных состояний необходимо придерживаться двух основных правил: вначале установить и по возможности ликвидировать непосредственную причину, которая привела к развитию данной патологии, и восполнить дефицита железа лекарственными железосодержащими препаратами. Выбор препарата железа, его дозы и длительности лечения для коррекции железодефицитных состояний у подростков должен быть индивидуальным, учитывающим психологический статус пациента и все возможные побочные эффекты.

Предпочтение отдается пероральным препаратам, так как доказано, что разница в скорости нормализации уровня гемоглобина при пероральном и парентеральном применении железа составляет 2-3 дня. Важнейшими требованиями к препаратам железа для приема внутрь, применяемым в детской практике, являются хорошая биодоступность, высокая безопасность, наличие различных лекарственных форм, удобных для пациентов всех возрастов, а также характеристики, обеспечивающие хорошую приверженность лечению.

Лечение железосодержащими препаратами длительное и должно быть направлено не только на нормализацию уровня гемоглобина, но и на восполнение тканевых запасов железа, что может занять от 3 до 6 месяцев. В максимально переносимой дозе лечение проводится до полной нормализации содержания гемоглобина, что происходит не ранее чем через 6-8 недель. Клинические же признаки улучшения появляются значительно раньше (уже через 2-3 дня) по сравнению с нормализацией уровня гемоглобина. Для восполнения запасов железа

после достижения нормального уровня гемоглобина проводят лечение железосодержащими препаратами в течение 3 месяцев в суточной дозе, которая в 2 раза меньше по сравнению с дозой, применявшейся на этапе купирования анемии. При продолжающихся избыточных потерях железа, например при менструальных кровотечениях, показан прием препаратов железа короткими курсами по 7-10 дней ежемесячно. При рецидиве анемии показано проведение повторного курса лечения в течение 1-2 месяцев.

Поскольку одной из основных причин развития дефицита железа у подростков является алиментарный фактор, необходимо принять меры по коррекции диеты пациента и в первую очередь обогатить рацион продуктами, содержащими гемовое железо (мясо и рыба). Также при оставлении диеты важно учитывать факторы, усиливающие или, напротив, ухудшающие биодоступность железа. Так, танины, карбонаты, оксалаты, фосфаты, этилендиаминтетрауксусная кислота (используется в качестве консерванта), молоко, растительные волокна, отруби тормозят абсорбцию негемового железа, а аскорбиновая, лимонная, янтарная кислоты, фруктоза, цистеин, сорбит, никотинамид, напротив, усиливают. Гемовые же формы железа мало подвержены влиянию пищевых и секреторных факторов. Рекомендуемые нормы потребления железа учитывают физиологическую потребность организма и среднюю биодоступность железа из обычного пищевого рациона, которая не превышает 10%.

Вывод. Таким образом, диагностика, лечение и профилактика дефицита железа у подростков имеют особенности, которые необходимо учитывать практикующим педиатрам. Кроме того, подростки входят в группу риска по развитию железодефицитных состояний по целому ряду причин, в связи с чем актуальной задачей является разработка новых программ скрининга железодефицитных состояний у подростков с целью своевременной диагностики и лечения.

ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Эркинова Наима Гайрат кизи

**Андижанский государственный медицинский институт Кафедра акушерства и
гинекологии Научный руководитель : доцент Юлдашева О.С**

Введение. По результатам данных ВОЗ, частота индуцированных родов во всем мире в течение последних десятилетий неуклонно возрастает и на данный момент составляет 20-25%. Установлено, что эффективность родовой деятельности зависит от степени подготовленности организма женщины к родам.

Материалы исследования. Проводился анализ 136 рожениц в течение 5 месяцев в родильном комплексе №2 города Андижан у женщин, которым с целью подготовки шейки матки к родам назначали гландин Е в виде свечи во влагалище.

Результаты исследования. В ходе проведенного анализа историй родов показания для индукции родов со стороны матери составили: перенашивание беременности - 63 случая -46,3%, дородовой разрыв околоплодных оболочек - 32 случай – 23,5%,

беременность, которая осложнилась преэклампсией и другими гипертензивными состояниями, обусловленными беременностью, а также экстрагенитальные заболевания матери - 23 случаев - 22,4 %. На фоне индукции родов кесарево сечение было проведено: в 27.7% (5 случаев) - по угрожающему состоянию плода, в 6 случаях из-за слабости родовой деятельности на фоне родовозбуждения, что составило 33.3 % от числа прооперированных женщин, в 16.5% (3 случаев) - по поводу безэффективности родовозбуждения, 2 случая тазо-головная диспропорция (11.11 %) от числа операций кесарева сечения, и 2 случая, т.е 5.5% - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Осложнениями при индуцированных родах через естественные родовые пути были представлены травматизмом мягких тканей родовых путей (разрывы влагалища 1 степени, промежности, шейки матки, - в 5 случаях (4.2%) от общего количества индуцированных родов, эпизотомии - 3 случаев - 2.5%, все из которых были произведены по поводу угрожающего состояния плода).

Закключение. Предварительная подготовка шейки матки простагландинами снижает процент кесаревых сечений, что сейчас активно используется в качестве преиндукции при неподготовленности родовых путей и разрыве плодных оболочек.

ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

**Юлдашева С.Л., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н., Абдуллаева К.А.
Андижанский государственный медицинский институт.**

Коронавирусная инфекция covid-19 представляет серьезную угрозу для всего мирового сообщества, но в то же время она стала источником новых знаний о возможностях современной медицины. В условиях пандемии возник вопрос, который заинтересовал практикующих врачей - связывает ли вирусные инфекции с различными хроническими неинфекционными заболеваниями. Особое внимание в этом контексте уделяется иммуновоспалительным ревматическим заболеваниям (ИРЗ), которые становятся важной областью исследований в ревматологии. Развитие ИРЗ имеет генетическую основу, связанную с врожденными дефектами, которые могут быть моногенными или полигенными, а также с приобретенным иммунитетом.

Цель данного исследования заключается в определении показателей популяций и субпопуляций лимфоцитов у пациентов, страдающих ревматоидным артритом. Для достижения этой цели мы использовали метод иммунофлуоресценции с применением моноклональных антител. Учитывая показатели сд-антигенов, мы получили данные, позволяющие нам более точно характеризовать состояние исследуемых популяций и субпопуляций лимфоцитов.

Материалы и методы. В исследование участвовало 60 пациента с достоверным диагнозом РА с постковидным синдромом (средний возраст 54,2 [47; 62] года). Определили количества Т-клеток периферической крови больных РА и у больных перенесенных SARS-CoV-2 на основе анализа экспрессии молекулярных маркеров CD3,CD4,CD8,CD4/CD8,CD16,CD20,CD25,CD95. Сравнили количества лимфоцитов с маркерами ранней и поздней стадий активации и сопоставить их с количеством Т-, В-лимфоцитов, их субпопуляций у пациентов в трех категориях. Всем участникам

исследования провели проточную цитофлюорометрию по стандартной методике с иммунофенотипированием Т- и В-лимфоцитов.

Результаты. В результате исследований у пациентов с РА с постковидным синдромом отмечалось снижение относительного количества CD25⁺-лимфоцитов (10 (9–12) %) относительно группы сравнения (15 (10,020,0) %, $p = 0,002$). Что касается лимфоцитов, несущих на своей поверхности CD95⁺-рецепторы апоптоза, то их количество, как относительное (10 (7,5–12,5) %), так и абсолютное (0,37 (0,31–0,67) · 10⁹/л) у пациентов с РА постковидным синдромом не изменялось (в группе сравнения – 11,0 (9,0–17,0) % и 0,34 (0,24–0,42) · 10⁹/л соответственно). Полученные данные подтверждают результаты других авторов о том, что молекула CD25 экспрессируется на клетках лимфоидного ряда, причём уровень экспрессии увеличивается при развитии активационных процессов

Выводы. Выявленные существенные нарушения специфического клеточного иммунитета у больных Ревматоидным артритом с постковидным синдромом, а также обнаруженные корреляционные связи с общим иммунитетом, свидетельствуют о том, что данные показатели может играть важную роль в механизмах формирования и прогрессирования аутоиммунной патологии и может выступать как дополнительный триггер развития и самоподдержания аутоиммунных процессов.

СПЕЦИФИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КОРРЕКЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Юсувалиев М.Д., Тоштемирова И.М.
кафедра факультетской терапии**

Андижанский государственный медицинский институт Андижан. Узбекистан

Значение и роль ДДЛЖ в патогенезе, клиническом течении и прогнозе СН стала определяться лишь в течение последних трех десятилетий. В настоящее время доказано, что примерно в 30–40% случаев причиной СН являются диастолические расстройства. Более того, существуют данные, что нарушения диастолических свойств миокарда обычно предшествуют снижению насосной функции ЛЖ и даже могут изолированно приводить к появлению симптомов СН.

Согласно теории "изнашивания" (Кушаковский М.С., Балябин А.А., 1991) АГ является также основной причиной поражения клапанов сердца ДК, который в пожилом возрасте даже без формирования порока приводит к развитию ДДЛЖ.

Цель исследования. Исходя из вышеизложенного, была поставлена цель исследования: найти новые механизмы патогенеза, разработать критерии клинико-функциональной классификации и дать сравнительную оценку различных видов лечения диастолической дисфункции левого желудочка у больных с АГ и ИБС.

Материалы и методы исследования. В исследование включали пациентов в возрасте не старше 70 лет со стабильным течением ишемической болезни сердца (ИБС) на протяжении предшествующего месяца, с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) не менее 45 %. Обязательным критерием являлось наличие у больного устойчивого синусового ритма.



Результаты исследования и их обсуждение. Особенности синдрома АГ, способствующими развитию ДДЛЖ, являются длительность его существования при наличии высокого уровня и суточной нагрузки, как САД, так и ДАД, повышенная вариабельность АД в течение суток, отсутствие снижения, повышение и высокая нагрузка АД ночью, а также высокая скорость утреннего подъема АД.

При наличии ДДЛЖ у больных с АГ микроальбуминурия встречается в 6 раз чаще, чем при нормальной релаксации ЛЖ, при этом выявление корреляционных связей между фактом обнаружения микроальбуминурии и показателями ДФЛЖ не означает прямого участия микроальбуминурии в патогенезе нарушенной релаксации, а свидетельствует о синхронном развитии двух процессов - морфофункциональной перестройки ЛЖ и нефропатии, в одинаковой степени зависящих от тяжести синдрома АГ, в частности от отсутствия ночного снижения АД.

У большинства больных АГ ДД развивалась на фоне ремоделирования ЛЖ по типу концентрической гипертрофии с тенденцией при наличии объемной перегрузки к формированию эксцентрической гипертрофии, а высокие корреляционные связи достоверно подтверждали зависимость развития ДДЛЖ от увеличения массы миокарда ЛЖ.

Вывод. Разработаны новые критерии определения стадии ДДЛЖ на основе доплерэхокардиографического исследования высокоамплитудных отраженных сигналов движения и параметров трансмитрального кровотока, а также оценки клинико-функциональных факторов: особенностей суточного профиля АД, выраженности МАУ, характера и степени ремоделирования ЛЖ и периферических сосудов, степени дисфункции эндотелия, изменения ВСР, а также наличия и распространенности сопутствующего ДКАК.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКТИРОВКИ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Юсувалиев М.Д., Тоштемирова И.М.

кафедра факультетской терапии

Андижанский государственный медицинский институт.

АГ и ИБС - основные причины развития ДДЛЖ и диастолической СН (Мареев В.Ю., 2003). Нарушение ДФЛЖ у больных АГ имеет мультифакторную природу и происходит не изолированно, а одновременно с нарушением морфофункционального состояния других органов и систем, или при их патогенетическом участии, вследствие длительного воздействия высокого АД.

Согласно теории "изнашивания" (Кушаковский М.С., Балябин А.А., 1991) АГ является также основной причиной поражения клапанов сердца ДК, который в пожилом возрасте даже без формирования порока приводит к развитию ДДЛЖ.

Цель исследования. Исходя из вышеизложенного, была поставлена цель исследования: найти новые механизмы патогенеза, разработать критерии клинико-функциональной классификации и дать сравнительную оценку различных видов лечения диастолической дисфункции левого желудочка у больных с АГ и ИБС.

Материалы и методы исследования. В исследование включали пациентов в возрасте не старше 70 лет со стабильным течением ишемической болезни сердца (ИБС) на протяжении предшествующего месяца, с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) не менее 45 %. Обязательным критерием являлось наличие у больного устойчивого синусового ритма.

Результаты исследования и их обсуждение. Развитию ДДЛЖ при АГ способствует нарушение функции эндотелия, выражающееся в снижении эндотелий-зависимой вазодилатации и увеличении в 1,36 раза сывороточной концентрации эндотелина-1, а также ремоделирование сосудов с увеличением толщины комплекса интима-медиа и жесткости стенок артерий.

Длительно существующая АГ с преимущественным повышением уровня, вариабельности и суточной нагрузки САД способствует развитию ДК АК, который сопровождается увеличением систолической скорости аортального кровотока и градиента давления между ЛЖ и аортой и является самостоятельным фактором риска как гипертрофического ремоделирования, так и ДД ЛЖ, прогрессирующих по мере увеличения количества пораженных кальцинозом створок, что не позволяет даже умеренный ДК АК считать доброкачественным процессом.

Вывод. Доказана эффективность применения миокардиального цитопротекторатри метазидина по нормализации глобальной и региональной ДДЛЖ, вызванной ишемией и гибернацией миокарда. Доказана большая эффективность комбинированной терапии иАПФэналаприлом и ААТјлзартаном по обратному развитию ремоделирования ЛЖ и нормализации ДФЛЖ, по сравнению с монотерапией каждым из этих препаратов в отдельности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫМИ ТРАВМАМИ

Яхёев С.М., Юлдашев Х.А., Фозилжонов О.Ш.

**Кафедра общей хирургии, анестезиологии—реаниматологии и
оториноларингологии факультета переподготовки и повышения квалификации
Андижанского государственного медицинского института. Научный
руководитель: заведующей кафедрой профессор Ходжиматов Г. М.**

Среди травм мирного времени особую, многочисленную группу составляют торакоабдоминальные травмы (ТАТ), которые относятся к числу наиболее тяжелых повреждений как мирного, так и военного времени [2,4]. Диагностика и лечения пострадавших с торакоабдоминальной травмой является одной из наиболее сложных проблем хирургии. Данное положение обусловлено не только высокой степенью распространения данного вида травматизма, но высокой частотой диагностических ошибок и осложнения и лечения [1,5].

Цель: Улучшить результаты диагностики и лечения больных с торакоабдоминальными травмами с помощью разработанного лечебно-диагностического алгоритма, включающего применение малоинвазивных методов.

Методы: Представлены результаты лечения больных, находившихся на лечении в Андижанском филиале Республиканского Научного Центра Экстренной медицинской

помощи республики Узбекистан с января 2017 г. по декабрь 2022 г. Ретроспективный анализ собранных данных пациентов, пролеченных с диагностикой и лечением, проведен по общепринятой схеме и разработанному лечебно-диагностическому алгоритму, использованному для лечения основной группы больных.

Результаты: Ретроспективный анализ выполнен у 122 больных и почти во всех случаях применялись традиционные методы оперативного вмешательства. С помощью разработанного лечебно-диагностического алгоритма с применением торако- и лапароскопии пролечено 68 больных с торакоабдоминальными повреждениями. Количество ненужных диагностических лапаротомий уменьшилось на 5,2% у основной группы больных. При этом частота послеоперационных осложнений снизилась на 32 % (в том числе ранних осложнений на 26,1 % и поздних на 5,9 %), средняя продолжительность пребывания в стационаре сократилась на $4,3 \pm 0,34$ койко-дня, а послеоперационная летальность снизилась на 11,7 %.

Заключение: Использование разработанного алгоритма приводит к успешным результатам в лечении и диагностике торакоабдоминальных заболеваний, позволяет избежать нецелесообразных лапаротомий и торакотомий, послеоперационных осложнений и сокращает сроки госпитализации больных.

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТПЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ

**Выполнила: Абдусаломова Н, студентка 624 группы лечебного
факультета. Научный руководитель: Абдувахопова Н.Р. Кафедра госпитальной
терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Практикующий врач любой специальности неоднократно встречается с тромбоцитопениями в своей работе. Тромбоцитопения может быть проявлением, как заболеваний системы крови (гемобластозы, миелодиспластические синдромы, апластическая анемия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура и др.), так и симптоматической при многих соматических заболеваниях, сопровождающей проводимую медикаментозную терапию. Об этом надо знать клиницистам всех специальностей, чтобы не ошибиться в диагностике и выработать правильную лечебную тактику.

Цель исследования. Оценить диагностическое и прогностическое значение нарушений периферического звена эритрона а патогенезе геморрагического синдрома у больных гемостазиопатиями.

Материалы и методы исследования. Нами наблюдались 58 пациентов с различными кожными проявлениями, что составило 69% от общего числа госпитализированных (в 4-й стадии ВИЧ-инфекции — 88%). Их можно подразделить на 3 группы: кожные проявления при манифестации ВИЧ-инфекции, заболевания в стадии вторичных проявлений (4-я стадия) и поражения кожи, не связанные с ВИЧ-инфекцией. Поражения кожи могут иметь важное диагностическое значение.

Результаты и обсуждение. Анализ интегральных показателей на математических моделях выявил интенсивное отклонение и неполное восстановление эритроцитарной системы у большинства больных, страдающих геморрагическими гемостазиопатиями.

Анализ коэффициентов влияния и результаты клинического исследования позволили выявить наиболее информативные тесты для диагностики нарушений системы эритрона у больных геморрагическими гемостазиопатиями, к которым следует отнести гематокрит, цветовой показатель, средний объем эритроцитов, сывороточное железо и сывороточный ферритин.

При наследственной геморрагической телеанпектазии встречается анемический синдром преимущественно тяжелой степени. Железодифцитное состояние выявляется у 25% пациентов, из них у 34% - латентный дефицит железа. Основными формами анемии при геморрагических гемостазиопатиях являются железодифцитная анемия (46,5%) и анемия хронических заболеваний (46,5%). У 2,8% больных диагностируется апластическая анемия, у 2,8% - сочетание дефицита железа и витамина В₁₂, у 1,4% - В₁₂-дифцитная анемия.

У больных геморрагическими гемостазиопатиями при отсутствии анемии отмечается тенденция к снижению цветовой показатель и гематокрит, что свидетельствует об истощении компенсаторных возможностей эритроцитарной системы.

Гемостазиопатии в сочетании с анемией протекают тяжелее, увеличиваются выраженность и продолжительность геморрагического синдрома.

Тяжесть клинических симптомов у больных геморрагическими гемостазиопатиями с анемическим синдромом обусловлена угнетением сосудистотромбоцитарного гемостаза, большей активностью фибринолиза и гипокоагуляционными сдвигами плазменного звена в виде удлинения активированного времени ретикакуляции и активированного парциального тромбопластического времени. Выявленные нарушения прогрессируют по мере нарастания степени тяжести анемии.

Результаты корреляционного анализа системы эритрона и гемостаза у лиц, страдающих геморрагическими гемостазиопатиями, показали наличие сильной зависимости показателей гемостаза, преимущественно тромбоцитарного, с уровнем сывороточного ферритина.

Вывод. Тромбоцитопенией называется состояние, при котором количество тромбоцитов в периферической крови снижается менее $150 \times 10^9/\text{л}$. Нормальное количество тромбоцитов в периферической крови составляет $150-320 \times 10^9/\text{л}$.

Полученный с помощью системного многофакторного анализа и отобранный с учетом коэффициентов влияния набор эритроцитарных тестов может служить основанием рекомендовать их использование в диагностике и контроле эффективности лечения больных, страдающих геморрагическими заболеваниями.



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ ТРЕВОЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ ЭНДОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

**Аграновский К.М., Зав/отдель Взрослой поликлиники АОПНД. Научные
руководители: Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М. Кафедра
психиатрии, наркологии, медицинской психологии и с курсом психотерапии
Андижанский государственный медицинский институт**

Актуальность. Настоятельная необходимость углубленного изучения проблемы депрессивных состояний, манифестирующих в юношеском возрасте, определяется, прежде всего, чрезвычайной распространенностью этих расстройств, трудностями распознавания этой патологии на ранних стадиях заболеваний и ее высоким суицидальным риском.

Об актуальности ранней диагностики, прогностической оценки, лечения и профилактики юношеских эндогенных депрессий свидетельствует большой объем опубликованной на современном этапе информации как в зарубежной, так и в отечественной научной литературе.

Цель исследования. Целью данной работы является разработка комплексной клинико-психологической и клинико-психопатологической феноменологической концепции, учитывающей клинико-динамические и личностно-типологические особенности тревожно-депрессивных расстройств эндогенного генеза, и обоснование подходов к их ранней диагностике и профилактике.

Материалы и методы исследования. Для выполнения этой задачи мы решили обследовать 80 пациентов, обратившихся в АВПНД с тревожной депрессией эндогенного генеза, чтобы изучить их клиническую типологию.

Результаты исследования и их обсуждения. Диагноз тревожно-депрессивных расстройств эндогенного генеза у наших пациентов, полученный при обследовании, потребовал углубленных клинических исследований. Мы использовали вопросники, чтобы объективизировать эти искажения. Для исключения соматической патологии использовались лабораторные и инструментальные методы обследования, которые требовали привлечения различных специалистов. Если говорить об анкетах, то мы узнали, что существует ряд простых тестов, которые значительно облегчают работу врача.

Медицинское сообщество идет в ногу со временем, появляется все больше полезных методов диагностики, которые врачи могут использовать каждый день, в нашем обзоре мы поговорим о шкале Уэйна, шкале Спилбергера, больничной шкале тревоги и депрессии (hads), шкале оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS). Приложение работает со стандартными формами анкет, которые можно загрузить в приложении или на веб-сайте Neuroscanner.ru. Пациент заполняет их, а врач, используя приложение NEUROSSANNER, проверяет результаты опроса и в течение 5 секунд получает общий балл по шкале и краткое резюме. Мы наблюдали повышение эффективности результата и методов лечения, что может стать незаменимым помощником в плане диагностики и обоснования назначенного лечения для обследованных пациентов.

Если подходить к вопросам ранней диагностики и лечения пациентов с тревожной депрессией эндогенного генеза, то обсуждаемая генеалогическая концепция поддерживается авторами работ, выполненных методом близнецов. В частности, Вирджиния К. В двойной части программы Кендлера, это осуществляется с использованием современных статистических подходов (многомерное моделирование близнецов и т.д.), генетические корреляции были оценены с высокой точностью для таких факторов, как участие дополнительных генов (вклад последнее в 2 раза выше у монозиготных пар), роль факторов окружающей среды и индивидуальных условий развития (их влияние эквивалентно). Задача авторов состоит в том, чтобы подтвердить наличие внутреннего генетического риска независимо от воздействий окружающей среды, определить корреляцию наследственных механизмов большой депрессии и "тревожного несчастья" ("anxiety disappiness") "), это дает возможность оценить нарастание тревоги как клинически важный фенотип.

Коморбидность тяжелой депрессии с тревожными расстройствами тот факт, что она основана на наличии доказанных предшественников/ антецедентов, которые отражают наследственную близость тревоги и депрессии, позволяет авторам фундаментальных исследований в генетике и других областях нейробиологии присоединился к предложению выделить анксиолитическую депрессию в отдельную категорию, когда был выдвинут проект подготовки DSM-V.

Обращаясь клинически к обсуждению проблемы единства тревоги и депрессии, следует отметить, что трудности, связанные с анализом проблемы в этом аспекте, во многом обусловлены неопределенностью определений тревоги. как характерологическая характеристика внешних раздражителей, как психофизиологический механизм адаптивного реагирования на тревогу и как психопатологическое образование, регулирующее общий эмоционально-эмоциональный тонус и поведение при патологической тревоге.

Вывод. Таким образом, аффективная стигматизация по своему составу может сочетаться с аффективным RL, основанным на едином комплексе аномальных черт личности, определяющих предрасположенность к проявлению тревожной депрессии с выявленным эндогенным генезом, и может рассматриваться как фактор коморбидности с расстройством аффективного спектра.

**ЎЗ АВТО МОТОРС ЖАМИЯТИ СТРЕССГА МОЙИЛ ХОДИМЛАРИ
ОРАСИДА ҚОНДАГИ СИМПАТОАДРЕНАЛ ТИЗИМ ФАОЛЛИГИНИ
АНИҚЛАШ ВА АНИҚЛАНГАН БУЗИЛИШЛАРНИ ДАВОЛАШ**

**Мамажонов З.К., Хужамбердиев М.А., Кодирова Г.И. Факультет терапия
кафедраси
Андижон Давлат Тиббиёт институти**

Мавзунинг долзарблиги: Юрак қон томир касалликлари бутун жахон бўйича, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам энг кенг тарқалган касалликлардан биридир. Булардан гипертония касаллиги асоратлари кўплиги жихатидан ва ўлим хавфи юқорилиги билан ажралиб туради. Олимлар бир неча йиллик тадқиқотлар натижасида



гипертензия ривожланишида нафақат атеросклерозни ахамияти балки, симпатоадренал тизим ҳам муҳим ахамиятга эга эканлигини аниқлашди.

Тадқиқот мақсади: Уз Авто Моторс жамияти узоққа қатновчи стресс муҳити мавжуд ходимларда симпатоадренал тизим фаолиятини баҳолаш ва даволаш мезонларини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Уз Авто Моторс жамиятида иш фаолиятини олиб боровчи 1580 та бемор текширилди ва улардан 77 таси ажратиб олинди ва улар 4та гуруҳга бўлинди. I-гуруҳ Офисда ишлайдиган соғлом ходимлар 10та, II-гуруҳ Узоққа қатновчи нисбатан соғлом ходимлар 18та, III-гуруҳ Офисда ишлайдиган қон босими бор ходимлар 25та, IV-гуруҳ Узоққа қатновчи қон босими бор ходимлар 24та. Булардан 80%и эркаклар ва 20%и аёлларни ташкил этади. Ходимлар иш шароити жараёнида лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказилди. Биз соғлом инсонларда ва ГК билан оғриган беморларда КАларни қондаги миқдорини ўргандик.

Натижалар: Текширилган гуруҳ беморларда сийдикдаги КАларнинг суткалик экскрециясини аниқлаш билан бир вақтда қон зардобиддаги А, НА ва ДАни кўрсаткичлари ҳам текширилди. Текшириш мобайнида қон зардобиддаги А, НА ва ДА кўрсаткичлари АБ ортган беморларда назорат гуруҳ ва III-гуруҳларга нисбатан статистик ишончли равишда ошганлиги аниқланди. Жумладан II-гуруҳда қон зардобиддаги А– $10,67 \pm 0,01$ нмоль/л, НА– $0,56 \pm 0,02$ нмоль/л, ДА– $4,2 \pm 0,17$ ни ташкил қилиб, бу назорат гуруҳга нисбатан А-2,2 марта; НА–2,07 марта, ДА– 5,8 баробарга ортган ($P < 0,001$), (Расм.3.8.). III гуруҳда қон зардобиддаги А, НА ва ДА кўрсаткичлари қуйидагича бўлган. А– $0,53 \pm 0,02$ нмоль/л, НА– $0,38 \pm 0,01$ нмоль/л; ДА– $2,5 \pm 0,23$ нмоль/л; бу эса А 56,6%га (1,7 марта) назорат гуруҳга нисбатан юқори бўлган, II-гуруҳга нисбатан А 1,2 марта кўрсаткичлари статистик равишда пасайган. ДА кўрсаткичлари назорат гуруҳига нисбатан 3,4 марта юқори бўлди, II-гуруҳга нисбатан эса кўрсаткичлари 1,6 марта пасайганлиги аниқланди ($P < 0,001$).

Узоққа қатновчи ГК аниқланган беморларда КА экскрецияси сезиларли ошганлигини аниқладик. Қон зардобиддаги А– $0,81 \pm 0,01$ нмоль/л, НА– $0,73 \pm 0,02$ нмоль/л; дофамин $6,6 \pm 0,16$ бу назорат гуруҳга нисбатан А–2,7 марта; НА–2,7 марта; ДА–9,1 мартага ортганлиги аниқланди ($p < 0,001$). II-гуруҳга нисбатан А-1,2 марта; НА-1,3 марта, ДА–1,5 мартага юқори бўлди. III гуруҳ яъни узоққа қатновчи ГК аниқланмаган гуруҳга нисбатан эса А-1,5 марта; НА-1,9 марта, ДА–2,6 мартага ишончли ортган ($P < 0,001$)

Стандарт давога қўшимча антиоксидантлар билан даволашдан сўнг қон зардобиддаги биоген аминларни текширилди ва қуйидаги натижалар олинди. II-гуруҳда А–55,2%, НА–1,8 марта, ДА–66,7%га кўрсаткичлари пасайганини аниқланди ($P < 0,001$), IV- гуруҳда қон зардобиддаги КА кўрсаткичлари А-1,5 марта, НА-1,4 марта, ДА-1,3 мартага пасайди ва деярли назорат гуруҳи кўрсаткичларига тенглашди.

Хулоса: Шундай қилиб, биз олган натижалар шуни кўрсатадики, ГК билан хасталанган ходимларда қон зардобиддаги А, НА ва ДА кўрсаткичлари статистик равишда соғлом гуруҳларга нисбатан ошган. Узоққа қатновчи ГК аниқланган гуруҳда эса бу кўрсаткичлар янада кучайди. Стандарт бўйича даволашга антиоксидантларни ушбу хасталикда қўлланилиши АГни даволашда самарали умумий ҳолатни яхшиловчи ва ушбу беморларни даволашда биринчи қатордаги дори восита бўлиб ҳисобланади.



УЗ АВТО МОТОРС ЖАМИЯТИ ХОДИМЛАРИНИ СТРЕСС МУХИТИДА ҚОН БОСИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ АНИҚЛАШ

**Мамажонов З.К., Хужамбердиев М.А., Қодирова Г.И. Факультет терапия
кафедраси
Андижон Давлат Тиббиёт институти.**

Гипертензия ривожланиши учун бахтсиз ҳодисалар хавфи, ҳокимият ёки жамоа билан зиддият, интенсив ақлий меҳнат билан боғлиқ ҳис-туйғулар муҳим аҳамиятга эга.

Айниқса узокқа қатновчи ходимларда маъсулият, узок йўлдаги чарчоқ хисси, моддий тарафлама жавобгарлик узокқа қатновчи хайдовчиларда стресс жараёнини кучайишига ва натижада гипертония хавфи кучайишига олиб келади.

Тадқиқот мақсади: Узокқа қатновчи стресс мухити мавжуд ходимларда ва офисда ишлайдиган ходимларни қон босими кўрсаткичларини аниқлаш.

Материал ва усуллар: Уз Авто Моторс жамиятида иш фаолиятини олиб борувчи 1538 та бемор текширилди ва улардан 77 таси ажратиб олинди ва улар 4та гуруҳга бўлинди. I-гуруҳ Офисда ишлайдиган соғлом ходимлар 10та, II-гуруҳ Узокқа қатновчи нисбатан соғлом ходимлар 18та, III-гуруҳ Офисда ишлайдиган қон босими бор ходимлар 25та, IV-гуруҳ Узокқа қатновчи қон босими бор ходимлар 24та. Булардан 80%и эркалар ва 20%и аёлларни ташкил этади. Ходимлар иш шароити жараёнида лаборатор ва инструментал текширувлардан ўтказилди.

Натижалар: Стрессга мойил иш жараёнидаги уюшган аҳоли қон босими даражасини Уз Авто Моторс жамияти ходимларида аниқлаш шуни кўрсатдики, офисда ишловчи соғлом ходимлар қон босими ўртача кўрсаткичи систолик 113,2+3.4 мм.сим.уст., диастолик 73,5+2.6 мм.сим.уст., узокқа қатновчи қон босими бор ходимлар қон босими ўртача кўрсаткичи систолик 145,3+2.1 мм.сим.уст., диастолик 92,2+3.1 мм.сим.уст., офисда ишловчи нисбатан соғлом ходимлар қон босими ўртача кўрсаткичи систолик 132,1+2.4 мм.сим.уст., диастолик 83,5+2.3 мм.сим.уст., узокқа қатновчи қон босими бор ходимлар қон босими ўртача кўрсаткичи систолик 155,2+4.8 мм.сим.уст., диастолик 94,1+3.2 мм.сим.уст.га тенг бўлган.

Бу натижалардан кўриниб турибдики, узокқа қатновчи қон босими бор ходимларда қон босимини юқори кўрсаткичларда намоён бўлган. Узокқа қатновчи нисбатан соғлом ходимларда эса, қон босими кўрсаткичи юқори меъёрий эканлиги аниқланди.

БЎЙИН УМУРТҚАСИ ОСТЕОХОНДРОЗИ ДАВРЛАРИНИНГ КЛИНИК ВА МОРФОЛОГИК КЎРИНИШИ

**Маҳкамов Н. Ж, DSc.,доцент
Андижон давлат тиббиёт институти**

Муаммонинг долзарблиги. Умurtқа поғонаси дегенератив касалликларидан - остеохондрозда аксарият ҳолларда бўйин умurtқалари, нисбатан кам ҳолларда кўкрак ва аксарият бел соҳаси касалланади. Касалланиш даражаси ёш ўтган сари ошиб



боради. 45-65 ёшдан ошган инсонларнинг 75-80% бу касаллик билан оғрийди. Шу билан бирга, айрим ҳолларда 25-30 ёшдаги инсонлар ҳам бўйин остеохондрози билан касалланади, 40% ҳолларда бўйин соҳасида оғриқ пайдо бўлиши билан давом этади. Дунёнинг барча аҳолиси орасида 5,9% дан 38% гача инсонлар бўйин оғриғидан кийналишади (Подымова И.Г., 2015; Лиля А.М., Алексеева Л.И., Таскина Е.А., 2019), 20 ёшлиларда остеохондроз синдроми 5,7%, 21-30 ёшда – 17%, 31-40 ёшда – 48%, 41-50 ёшда – 71%, 51-60 ёшда – 74%, 60 ёшдан ошганларда 80% аниқланади.

Умurtқа поғонаси бўйин қисми дегенератив касалликлари асосан клиник-рентгенологик жиҳатдан ўрганилган. Бўйин умurtқаси остеохондрозининг рентгенограмма асосида аниқланган 3 та даврларида юз берадиган морфологик ўзгаришлар деярлик ўрганилмаганлигини инобатга олиб, ушбу илмий тадқиқотда бу масалани ҳал қилишга ҳаракат қилинган. Ишнинг мақсади сифатида бўйин умurtқаси остеохондрози ривожланиш даврларининг хос патоморфологик ўзгаришларини аниқлашдан иборат.

Материал ва усуллар.

Ушбу илмий тадқиқотнинг материали сифатида Ибн Сино клиникасининг ортопедия бўлимида 2019-2023 йиллар давомида даволанишда бўлган беморларни клиник-анамнестик таҳлили маълумотлари ва касаллик тарихидан олинган. Шу билан биргаликда структур функционал текширувлар-МРТ, МСКТ ва СМАРТ рентгенологик текширувлари ўтказилиб, визуал ташхисланган беморлар ҳулосаларидан олинган.

Қўлга киритилган натижалар ва уларнинг муҳокамаси.

Остеохондроз ривожланишида тўқима ва ҳужайрасида стресс, яъни ташқи ва ички таъсиротлар оқибатида бўғим тўқимасида макро- ва микрошикастланишлар юз беради, ҳужайралари мосланиш реакциясига киради, натижада бўғим тўқимаси ҳужайралар оралиғи матрикси сувсизланади. Бунда номуъёрий қайта тикланиш жавоб реакциялари фаоллашиб, унга яллиғланиш ва иммун тизим реакцияси қўшилади. Дастлаб молекуляр даражада ўзгаришлар бошланиб, кейин ҳужайра ва тўқима тузилмалари ўзгариб бошлайди, тоғай дегидротацияланади, суяк тўқимасида учрайди, юзасида остеофит кўринишидаги ўсимталар пайдо бўлади.

Одамнинг боши пастга эгилганда умurtқа поғона бўйин қисми киррали (ёйсимон ўсимтали) бўғим тик жойлашгани сабабли бироз қаршиликга учрайди. Бош орқага эгилганда киррали бўғимга оғирлик кўпроқ тушади, агар умurtқалар оралиғи торайган ва диск дегенерацияга учраган бўлса бу бўғимга тушган оғирлик яна ҳам юқори бўлади. Инсон бўйни травма олса, оғир юк кўтарса, бўйин буралиб эзилса бу касалликлар янгитдан кўзғалади ва авж олади. Натижада бўғим атрофи тўқималари ҳамда бойламлар периартикуляр фиброзга учрайди, тўқима қалинлашиб, қаттиқлашади, суяк юзасида ўсимталар пайдо бўлади. Қиррали бўғимнинг пастки ва юқориги ўсимтаси катталлашиб, ноксимон кўринишга киради, натижада бўғим дегенерацияга учраб, тоғайини йўқотади, бўғим юзаси нотеоксилигидан асимметрияли бузилишлар бошланади.

Умurtқа поғонасининг бўйин қисмида ҳам дегенератив касалликларда диск, умurtқа суяги, бир-бирини боғловчи бўғимлар шикастланиб, деформация, парчаланиш, зичлигининг бузилиши билан таърифланади. Қарияларда суяк-бўғим



тўқима тузилмаларининг эскириб, қартайишидан таркибида қайтмас даражада дистрофик, деструктив, резорбцияли ўзгаришлар ривожланади.

Хулоса бўйин умуртқаси дегенератив касалликларда ҳам диск, умуртқа суяги, бир-бирни боғловчи бўғимлар, атрофидаги фиброз тўқима ва суяк тўқималар шикастланади, деформацияланиб, парчаланиш билан асоратланади.

Бўйин умуртқаси остеохондрозда рентгенологик 3 та давр фарқ қилинади ва унинг бошланишида дастлаб, умуртқа атрофидаги фиброз тўқима ва мушаклар патоморфологик ўзгаришга учрайди.

Касалликнинг II- ва III-даврларида бўғимнинг хусусий тўқималари, яъни синовиал парда, тоғай диски, бўғимнинг пастки ва юқори суяклар шикастланиб бошлайди, суягида остеофитлар пайдо бўлиб, бўғим бўшлиғи тораяди.

Охир оқибатда остеофитлар йириклашиб, бўғим бўшлиғи кескин тораяди, пастки ва юқори ўсимталар суяклар зичлашиб, турли даражадаги остеохондроз ва деформацияга учрайди.

КОВИД-19 ДАН КЕЙИНГИ УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ СТРУКТУР-ФУНКЦИОНАЛ ТУРИНИ ТАШХИСЛАШДА ПАТОМОРФОЛОГИК ЖИХАТЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Маҳкамов Н.Ж., Мамажонов И.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Муаммонинг долзарблиги. Умуртқа поғонасининг бу касалликларида тоғайли дискнинг фиброз халқаси шикастланади ва эластиклик ҳолати бузилиш натижасида протрузия ва чурра ривожланишига олиб келади. Умуртқа поғонасининг дегенератив касалликларининг структур-функционал тури мураккаблиги ва унинг тузилиши ва жойлашувлари турли хилма-хилликдалиги даволаш алгоритмини яратишни тақозо этади. Бунинг учун умуртқа поғонаси тоғайли дискининг морфология, топография ва гистологик тузилишини тўлиқ таҳлил қилиш зарур бўлади. Ўрганилган маълумотларда умуртқа поғонаси тоғайли диски топографиясида қон айланиш тизими йўқлиги,бу эса диффуз усулда ён тўқималардан озикланишини кўрсатади. Умуртқа тоғайли дискининг бундай озикланиши доимий ҳолда амалга ошиб туриши учун фақат доимий ҳаракатланишлар таъминлаб туради. Биз юқорида таъкидлаганимиздек, шундай касб эгалари борки,улардаги камҳаракатлик фиброз халқани дегенеретив ўзгаришига олиб келади ва натижада умуртқа поғонаси протрузияси, сўнг чуррасини келтириб чиқаради. Бунда тоғайли дискнинг зарбалар ва турли юкланишлардан сўнг структурасининг ўзгариши яъни эластиклигининг бузилиши фиброз халқанинг юққалашишига сўнг ёрилишига олиб келади. Беморларда агар юклама ошиб бошласа, тоғайли диск деформацияга учрайди. Бу юзага келган жараёнда дирилдоқ ядронинг тўқималари жойидан силжиб, фиброз халқа ички юзасиги зич туташиб, уни шикастлайди.

Мақсад: Ковид-19 таъсирида умуртқа суяги томир деворида юзага келадиган морфогенези ва хос патоморфологик ўзгаришларини ўрганиш.



Материал ва текшириш усуллари. Ковид-19 дан кейинги умуртқа поғонаси бўйин, кўкрак, бел соҳалари дегенератив ва дистрофик касалликлари топографияси ва морфологиясини ўрганиш учун Андижон давлат тиббиёт институти шифохоналарида туберкулёз спондилити ва диск чурраларининг ташрихдан кейинги биопсияси ва ЎзР ССВ Республика патологик анатомия маркази аутопсия бўлимида 30 ёшдан 65 ёшгача бўлган турли хил касалликлар туфайли нобуд бўлган инсонлардан олинган материалдан фойдаландик. Олинган материалларнинг турли ёшларда танланганлиги Ковид-19 таъсирида умуртқа поғонаси структур-функционал касалликларининг ёшга хос ўзгариб бориши ва инсонларнинг кексайган сари ҳар хил патологик ўзгаришларни келиб чиқишини аниқлаш ҳисобланади. Биз аутопсия қилиниб олинган материалларни ўрганишимизни асосий мақсади, умуртқа поғонаси дегенератив ва дистрофик касалликлари топографияси билан морфологик жараёнларини микроскопик тузилишини ўрганиш ҳисобланади. Умуртқа суяк қисми билан тоғайли диск олинганда ҳар қандай топография ва морфологияси тўлиқ аниқланишига имкон яратади. Бу олинган материаллардан топографик кесмалар тайёрланди ва текширув учун ёруғлик микроскопидан фойдаландик. Текширувга олинган гистологик маълумотлар хулосалари ўрганилиб таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси Умуртқа поғона суяги асептик некрозининг бошланғич даврида суяк таркибида дисциркулятор, дистрофик, некробиотик жараёнларнинг ривожланганлиги аниқланади. Умуртқа суяк ташқи фиброз пардаси одатдагидан биров қалинлашганлиги, таркибидаги бириктирувчи тўқима хужайралари ишемия жараёнига жавобан дистрофия ва дезорганизация жараёнлари оқибатида ҳажмининг катталашганлиги, гематоксилин билан бўялиши кучайиб, тарқоқ ҳолда тўқ сиёҳ рангга кирганлиги аниқланади. Фиброз парданинг толалаи тузилмалари ҳам мезенхимал дистрофияга учраганлиги сабабли, бўялиш ҳолати ўзгарганлиги ва ҳажми кенгайганлиги кузатилади. Суякнинг периферик зич устунлари таркибида ҳам некробиотик жараёнлар остеоид моддасини шишга ва бўкишга учратганлиги, толали тузилмалари гиперхромазияланиб, бетартиб жойлашганлиги аниқланади. Устунлар таркибидаги остеоцитлар дистрофияга учраб, ядроси думалоқлашиб, кичиклашганлиги, цитоплазмаси шишга учраб вакуоллашганлиги кузатилади. Ички суяк устунлари ҳар хил қалинликда, аксарияти деформациялашган, таркибидаги остеоцит хужайралар дистрофияланиб, шишга учраганлигидан хондроцитларга ўхшаб қолганлиги аниқланади. Умуртқа суягининг ички ўрта қисмларида остеоид модданинг некрозланиб, шишга учраганлигидан ҳар хил катталиқдаги вакуоллашган бўшлиқлар пайдо бўлганлиги аниқланади. Бўшлиқларнинг айримларида ҳар хил даражада некробиозга учраган остеобласт, остеокласт ва фибробласт хужайралар тўплами жойлашганлиги аниқланади.

Фиброз халқа ости тоғай тўқимаси таркибидаги толали тузилмаларнинг морфофункционал ҳолатини ўрганиш учун махсус пикрофуксин билан ван-Гизон усулида бўяб кўрилганда, шу ҳолат аниқландики, тўқима таркибидаги толали тузилмалар, улардаги кучли дистрофик ва деструктив ўзгаришлар оқибатида ҳар хил даражада бўялганлиги аниқланди. Айрим жойларида тўқ қизил рангга бўялган ва бу соҳаларидаги толали тузилмалар бир-бири билан қўшилишиб, гомоген ҳолдаги дағал оксилли моддани пайдо қилганлиги кузатилади. Бошқа жойларида оч бўялган, бунга сабаб оралиқ модда таркибидаги мукополисахаридлар ва протеингликанлар

дистрофияга учраб, шиш ва миксаматоз жараёнларини ривожлантирганлиги кузатилади. Натижада улар орасидаги хондроцитлар деярлик кўринмайди, нимага деганда уларнинг цитоплазмаси шишиб, вакуоллашган ва деструкцияланган, ядролари кариопикноз ва кариолизисга учраганлиги аниқланади. Шунини алоҳида айтиб ўтиш керакки, бу патоморфологик ўзгаришларга қўшимча тўқиманинг айрим соҳаларида кальциноз ривожланиб, тўқ кўкга бўялган соҳалар пайдо бўлганлиги аниқланади.

Хулоса. Ушбу илмий тадқиқотда COVID-19 билан касалланиб ўтганларда ривожланган умуртқа поғонаси асептик некрозининг морфогенези ва хос патоморфологик ўзгаришлари ўрганилган. Объект сифатида 17 та беморда жарроҳлик амалиёти ўтказилиб, умуртқа поғонаси асептик некрозга учраган соҳаси, суякнинг ташқи пардаси, тоғайли диск ва умуртқа суяги олинди. Умуртқа поғона суяги асептик некрози ривожланишининг дастлабки даврида суяк атрофидаги ташқи парда ва юмшоқ тўқималарда қон томирларининг торайиши ва тромбози оқибатида некробиотик ўзгаришлар ривожланганлиги аниқланди. Умуртқа поғона суяги таркибида дастлаб оралиқ остеоид модда некробиозланиб, деструкцияланган остеобласт, остеокласт ва фибробластлар жойлашган бўшлиқлар пайдо бўлиши, кейин суякнинг қаттиқ устунларида дистрофик ва деструктив ўзгаришлар ривожланиши оқибатида некробиотик ўзгаришлар топилди. Асептик некрозланиш жараёнининг III-даври, чин некроз ўчоқларининг пайдо бўлиш даврида қаттиқ суяк устунларидан секвестрлар, оралиқ остеоид тузилмалардан структурасиз дендрит пайдо бўлиши кузатилди.

BOLALARDA HISSIY - AFFEKTIV O'ZGARISHLARNI TASHXISLASH VA OLDINI OLISH

**Bajardi: Askarov Yu, Treatment faculty 643 Group student Ilmiy rahbar: Noraliyev
I.Davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute**

Mavzuning dolzarbligi. Bolalarda ruhiy sferani buzilish kasalliklaridan, ya'ni affektiv buzilishlar eng kup tarkalgan kasalliklar sirasiga kirib, oiladagi, jamiyatdagi nosoglom muxit, bolalarga bulgan notugri tarbiya affektiv buzilishlarni kelib chikishiga sabab bulmokda.

Tekshiruv maqsadi. Ruhiy sferasida affektiv buzilishlari aniklangan bemor bolalarning xayot va kasallik anamnezini urganib, asosiy omillarni kasallik klinikasiga boglab urganish va davolash.

Tekshiruv usullari. Shifoxonaga murojat kilgan bemor bolalar anamnezini va kasallikka olib kelgan omillarni urganilgan natija kuyidagi manzarani berdi: aniklangan 3 yoshdan 14 yoshgacha bulgan bolalardan 75 ta bemor bolada psixopatologik tekshiruv olib borildi.Ularning 41 (55,0%) ta kizlar, 34 (45,0%) tasi ugil bolalar ekanligi aniklandi. Klinikadagi psixopatologik tekshiruv natijalari shuni xal kildiki, ulardan kuyidagi buzilishlar aniklandi.Subdepressiv affektiv buzilishlar asosan kayfiyatning tushishi bilan kuzatilib ogrigan bemorlar soni 10 (13,6%) aniklandi. Affektiv-fobik buzilishlarning asosiy simptomi bulib, kurkuv, vaxima xolatini yuzaga kelishidir.Bular bilan ogrigan bemorlar

soni 12 (16,0%) aniklandi. Gipertimik buzilishlar asosiy omili bulib postravmatik xolatlar xisoblanadi. Bulardan 16 (21,3%) ta bemor bolalar aniklandi. Gipotimik buzilishlar aniklangan bemor bolalar soni 11 (14,6%) ta. Psixotik bizilishlar asosan ruxiy jaroxat natijisida rivojlanib, aniklangan bemor balalar soni 5 (6,6%) ta. Affektiv-gallyusinator buzilishlar bilan 8 (10,6%)ta bemor bola aniklandi. Affektiv vasvasali buzilishlar bilan 13 (17,3%) ta bemor

Xulosa. O'rganib chikilgan ma'lumotlarga kura, oiladagi nosoglom muxit ugil bolalarga karaganda kiz bolalarga kuprok nojuya ta'sir kursatadi va noxush xolatlarni oldini olishdan iboratdir.

SARATON KASALLIGIGA CHALINGAN BOLALAR VA O'SPIRINLARNI EMLASH XUSUSIYATLARI

**Bajarildi: Kodirov J,Ilmiy rahbar: Soliyeva M.O.Fakultet pediatriya va neonatologiya
kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute**

Mavzuning dolzarbligi. Xalqaro saraton tadqiqotlari agentligi ma'lumotlariga ko'ra, har yili 10 milliondan ortiq holat qayd etiladi va 2020 yilga kelib yangi aniqlangan kasalliklar soni 16 millionga etadi.

Kimyoviy va radiatsiya terapiyasi jarayonida antikorlarning yo'qolishi tufayli yuqumli kasalliklarga moyillik kuchayadi. Bu davolanish oxirida emlash zarurligini aniqlaydi, ammo bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, bu har doim ham samarali emas. Shunday qilib, qizamiqni emlashdan keyin serokonversiya 60% dan oshmaydi. Vaktsinalarning past samaradorligining sabablari immunitetning uyali va gumoral aloqalarining funktsional etishmovchiligi bilan bog'liq.

Tadqiqotning maqsadi. Polioksidoniya immunomodulyatori va qo'shimcha vaktsinalarni qo'llash orqali saraton kasalligi bo'lgan bolalarda qizamiq, parotit va gepatit B ga qarshi emlash taktikasining klinik va immunologik asoslari.

Materiallar va tadqiqot usullari. Belgilangan maqsad va vazifalarni hal etish uchun 2020-2022 yillarda AOMPDBDA 20 oylik 17 yoshdagi ($9,62 \pm 0,37$ yosh) 107 nafar bola (45 nafar qiz va 62 nafar o'g'il) tekshirildi. Ulardan 74 tasi o'tkir limfoblastik leykemiya (All) va 33 tasi aoda bilan davolangan qattiq o'smalar (CO) tarixiga ega. Barcha bolalar kimyoterapiya, 25 - jarrohlik davolash, 24 - nurlanish, to'rttasida suyak iligi transplantatsiyasi o'tkazildi. Terapiya tugaganidan keyin 4 oydan 7 yilgacha (o'rtacha $3,24 \pm 0,22$ yil) o'tdi, terapiya tugashiga ko'ra uchta (4-12 oy) ajratildi., o'rtacha $0,57 \pm 0,08$; 13 yil $1,58 \pm 0,09$; 37 yil $4,6 \pm 0,27$), jinsi va yoshi bo'yicha solishtirish mumkin.

Tadqiqot natijalari. Tekshirilgan 107 bolaning sog'lig'ini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, 33 kishi (30,8%) 44 ta qo'shma kasallikka chalingan (8 kishiga 2 ta kasallik tashxisi qo'yilgan, 1 bolada esa 4 ta). Komorbid patologiya kimyoterapiya tugashining davomiyligiga bog'liq emas edi (4-12 oylik terapiyani tugatgan 20,0% da., 1-3 yoshdagi da 32,6% va terapiyadan 3-7 yil o'tgach bolalarda 30,4%), lekin ko'pincha o'g'il bolalarda qayd etilgan (33-72,7% dan 24 tasi). Umuman olganda, o'g'il bolalarning 38,7 foizida (62 tadan 24 tasi) saraton kasalligi rivojlanishidan oldin bo'lgan yoki terapiya natijasida qo'shilgan



turli xil kasalliklar bo'lgan, bu qizlarga qaraganda ancha tez - tez uchraydi (20,0% - 45 tadan 9 tasi, $p < 0,05$).

Barcha bolalarda emlash tarixi o'rganildi, qizamiq, parotit, gepatit b va immunitet holatiga xos antikorlarning titrlari aniqlandi. Keyinchalik seronegativ emlashlar o'tkazildi (jadval.1) qizamiqqa qarshi - 53 bola, parotitga qarshi - 47, ulardan 26 va 28 tasi polioksidoniy immunomodulyatorini qabul qilish fonida emlangan, 6 va 5 tasi qo'shimcha uchinchi emlash (ikkinchi kuchaytiruvchi emlash) olgan. Polioksidonium kuniga 0,25 mkg/kg vaznda 6 yoshgacha bo'lgan bolalarga kuniga 3 marta burun tomchilari shaklida, 6 yoshdan 10 yoshgacha - shamlarda kechasi 1 marta, 10 yoshdan oshgan - tabletkalarda - kuniga 2 marta buyurilgan. K2 va P2 larining bolalari preparatni emlash kunidan boshlab 10 kun, KZ va P3 larining bolalari emlashdan 5 kun oldin va emlashdan keyin 5 kun (har kuni) qabul qilishdi.

Xulosa. Hayot sifatini yaxshilash zamonaviy jamiyatda emlashning asosiy vazifasidir. Emlash epidemiyalarning oldini olishga, infeksiyalarni yo'q qilishga, o'limga, asoratlarga, nogironlikka olib keladigan yoki hozirgi paytda samarali davolanishga olib kelmaydigan kasalliklarning oldini olishga yordam beradi. Emlangan odam kasal bo'lib qolishi mumkinligini tushunish muhimdir, ammo bu holda kasallik jiddiy oqibatlarisiz ancha osonlashadi.

Shuningdek, emlash profilaktikasining muhim vazifasi eng og'ir kasal bo'lgan bemorlarni emlashdir. Ular immunitet tanqisligi bo'lgan, turli xil surunkali va boshqa og'ir kasalliklarga, shu jumladan saraton kasalligiga chalingan bemorlardir.

Buyrak kasalliklarida surunkali kasalliklar kamqonligi taxlili.

Avtorlar:ADTI. 418 gurux stomatologiya fakulteti talabasi Qoraboeva M.Sh.

Gospital terapiya va endokrinologiya kafedrası dotsenti Yuldasheva N.E.

Ma'lumki buyrakning yallig'lanish kasalliklari ko'pincha kamqonlik bilan kechadi. Ayniqsa buyrak yetishmovchiligida bu yaqqol ko'zga tashlanadi. Biz buyrak kasalliklaridagi kamqonliklarni taxlil qildik.

Ishning maqsadi: buyrak yallig'lanish kasalligi bilan xastalangan bemorlarda kamqonlik ko'rsatkichlarini o'rganish.

Materiallar va metodlar: buyrak kasalliklari bilan xastalangan 16 ta bemorda (28-68 yosh) temir tankisligi laborator kursatkichlari (zardobdagi temir, zardobning umumiy temir bog'lash xususiyati, transferitinning temir bilan to'yinishi, zardob ferritini) taxlil qilindi. Buyrak kasalliklari bilan xastalangan bemorlar ayollar va erkaklarga ajratildi, ayollar ichidan fertil yoshidagilar ajratildi.

Tadqiqot natijalari: Zardobdagi temir miqdori fertil yoshidagi (29-43yosh) ayollarda 5 ta bemorda 4,5-20,1 mkmol/l, klimaks davridagi (49-60-yosh) ayollarda 4 ta bemorda 5,5-18,7 mkmol/l, 7 ta erkak (38-68 yosh)bemorlarda 5,9-27,7 mkmol/l aniqlandi. Zardobning umumiy temir bog'lash xususiyati (ZUTBX) fertil yoshidagi ayollarda 43- 68 mkmol/l, klimaks davridagi ayollarda 45- 86 mkmol/l mkmol/l, erkaklarda 40- 68 mkmol/l aniqlandi. Transferitinning temir bilan to'yinishi (TTBT) fertil yoshidagi ayollarda 17,8- 49,4%. Klimaks davridagi ayollarda 16,9- 42,1%, erkaklarda 14,4- 44,1% aniqlandi. Zardob ferritini fertil yoshidagi ayollarda 15,2- 309,7 ng/l, klimaks yoshidagi ayollarda 18,9- 320,3 ng/l, erkaklarda 13,9- 355,7 ng/l aniqlandi.

Ushbu olingan laborator natijalardan ko'rinib turibdiki taxlil natijalariga ko'ra barcha jinsdagi bemorlarda zardobdagi temir miqdori kam va meyorida. Buyrak kasalliklari bilan

xastalangan ayollarda kamqonlik ko'rsatkichlari taxlil qilinganda fertil yoshida va klimaks davridagi ko'rsatkichlar deyarli o'xshash natijalarni bergan, ya'ni ayol bemorlarda surunkali kasalliklar kamqonligiga xos belgilar aniqlangan. Buyrak kasalliklari bilan xastalangan erkaklarda ZUTBX va TTBT miqdorlari ko'rsatkichlari xam surunkali kasalliklar kamqonligiga xos miqdorlarni ko'rsatgan ya'ni ZUTBX va TTBT meyordan past va baland bo'lgan. Zardobdagi ferritin miqdori xam erkaklarda meyorda va baland bo'lgan.

Xulosa. Buyrak kasalliklaridagi surunkali kasalliklar kamqonligi temir tanqisligi bilan kechishi mumkin, zaxiradagi temir miqdori buyrak kasalliklarida meyorida bo'lishi xam mumkin. Buyrak kasalliklarida zaxiradagi temirni aniqlash kamqonlikni davolashda muximdir.

Revmatoid artrit bilan xastalangan bemorlarda surunkali kasalliklar kamqonligi taxlili.

ADTI. 418 guruh stomatologiya fakulteti talabasi Qoraboeva M.Sh. Gospital terapiya va endokrinologiya kafedrasida dotsenti Yuldasheva N.E.

Kamqonlik keng tarqalgan xastalik bo'lib, surunkali kasalliklar kamqonligi temir tanqisligi kamqonligidan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Surunkali kasalliklarini davolash effektivligi asosiy kasallik asorati bo'lgan kamqonlikni bartaraf qilishga bog'lik bo'ladi.

Ишнинг мақсади. Ревматoid artrit bilan xastalangan bemorlardagi kamqonliklarni o'rganish maqsad qilib olindi.

Material va tadqiqot usullari. Ревматoid artrit xastaligida 26 ta surunkali kasalliklar kamqonligi: 8ta erkak va 18 ta ayol olindi. Surunkali kasalliklar kamqonligi bilan asoratlangan revmatoid artritda temir tankisligi laborator kursatkichlari (zardobdagi temir, zardobning umumiy temir bog'lash xususiyati, transferitinning temir bilan to'yinishi, zardob ferritini) taxlil qilindi.

Ревматoid artrit bilan xastalangan bemorlarda kamqonlik ko'rsatkichlari taxlil qilinganda 32-65 yosh ayollarda zardobdagi temir 4,2-19,7 mkmol/l, 38-68 yosh erkaklarda 6,1-18,7 mkmol/l (N:10,7-32,2 mkmol/l). ZUTBX (zardobning umumiy temir boglash xususiyati) ayollarda 43- 67 mkmol/l, eraklarda 46- 78 mkmol/l (N:46-90 mkmol/l). TTBT (Transferitinning temir bilan to'yinishi) ayollarda 15,2- 47,1%, erkaklarda 16,6- 43,3% (N: 17,8-43,3%). Ushbu olingan natijalardan ko'rinib turibdiki revmatoid artrit kasalligida kamqonlik aniqlangan bemorlar jinsi va va yoshiga ko'ra taxlil qilingan. Taxlil natijalariga ko'ra barcha bemorlarda zardobdagi temir miqdori va zardobning umumiy temir boglash xususiyati (ZUTBX) past va meyoriy bo'lgan. Transferitinning temir bilan to'yinishi (TTBT) past va baland, zardobdagi ferritin miqdori barcha ayollar va erkaklarda baland va meyorida bo'lgan. Ревматoid artrit bilan xastalangan ayollarda kamqonlik ko'rsatkichlari fertil va klimaks davrlariga ko'ra alohida taxlil qilinganda quyidagi natijalar olindi. Fertil yoshida 8 ta ayolda zardobdagi temir miqdori 4,2-10,2 mkmol/l, 3 ta ayolda 10,7-10,9 mkmol/l, klimaks davridagi 3 ta ayolda 5,2-10,4 mkmol/l, 4 ta ayolda 12,2-19,7 mkmol/l. ZUTBX fertil yoshidagi 8 ta ayolda 46- 58 mkmol/l, 3 ta ayolda 43- 45 mkmol/l, klimaks davridagi 3 ta ayolda 46- 67 mkmol/l, 4 ta ayolda 41- 45 mkmol/l. TTBT miqdori fertil yoshidagi 8 ta ayolda 15,2- 16,6%, 3 ta bemorda 43,4- 47,1%, klimaks davridagi 3 ta ayolda 18,0- 32,1%, 4 ta ayolda 43,3- 46,3%. Zardob ferritini fertil yoshidagi 8 ta ayolda 11,3- 150,1 ng/l, 3 ta ayolda 306,9- 310,1 ng/l, klimaks davridagi 3 ta ayolda 11,8- 145,7 ng/l, 4 ta ayolda 308,7- 345,7 ng/l. Ushbu taxlil natijalaridan ko'rinib turibdiki revmatoid artrit kasalligi bilan kasallangan fertil yoshidagi ayollarning 8 tasida zardobdagi temir miqdori kam va zardobdagi ferritin miqdori meyorida, 3 tasida zardobdagi temir miqdori meyorida

va zardobdagi ferritin miqdori yuqoriligi aniqlandi. Klimaks davridagi ayollarning 3 tasida zardobdagi temir miqdori kam va zardobdagi ferritin miqdori meyorida, 4 tasida temir miqdori meyoriy va zardobdagi ferritin miqdori yuqori bo'lgan.

Xulosa. Revmatoid artrit bilan xastalangan bemorlarda surunkali kasalliklar kamqonligi temir tanqisligi kamqonligi bilan namoyon bo'lishi yoki boshqa turdagi kamqonlik bilan kechishi xam mumkin. Revmatoid artritdagi kamqonliklarda temir preparatlarini tavsiya etishdan avval qon zardobida ferritin miqdorini aniqlash muximdir.

SUT TISHLARI KARIESINING OLDINI OLIHDA KUMUSHNING AHAMIYATI

**Odilov S.J. – stomatologiya fakulteti, 5-kurs talabasi, Ilmiy raxbari: To'lanov
D.Sh.Bolalar stomatologiyasi kafedrası
Andijon davlat tibbiyot institute**

Dolzarblik. Stomatologiyada bu bo'shliqlarning oldini olish va to'xtatish uchun ishlatiladigan Xou eritmasining faol moddasi. Dezinfektsiyalovchi vosita sifatida kumush nitratdan tibbiy foydalanish antibiotiklarning kashf etilishi bilan yordamchi bo'lib qolgan bo'lsa-da, uning kariesni davolashda qo'llanilishi kariesning oldini olishda ftorid yordamida ham kamaydi. O'shandan beri ftorid agentlari, ayniqsa natriy ftorid, tishlarning parchalanishining oldini olishda mashhurlikka erishdi. Biroq, karies-bu emal va dentinni demineralizatsiya qiladigan kariogen bakteriyalar keltirib chiqaradigan infektsiya. Karies rivojlanishi va pulpa infeksiyasini keltirib chiqarishi mumkin, ammo uning rivojlanishi remineralizatsiya orqali to'xtatilishi mumkin. Natriy ftorid remineralizatsiyaga yordam beradi va kumush nitrat chuqur mikroblarga qarshi ta'sirga ega.

Tadqiqotning maqsadi. Bolalarda tishlarni kumushlash texnikasini o'rganing.

Materiallar va tadqiqot usullari. Vazifani bajarish uchun biz bolalar stomatologiyasiga murojaat qilgan jami 20 nafar bolada sut tishlari kariesining oldini olishda profildagi kumushlanishning ahamiyatini aniqlash uchun tekshiruvlar o'tkazdik

Tadqiqot natijalari. Kumushlash-bu sut tishlari emalidagi kariesni davolash usuli bo'lib, u kumush nitratga asoslangan preparatlarni qo'llashni o'z ichiga oladi. Mamlakatimizda ushbu usul ko'p yillar davomida bolalarda kariesning oldini olish va davolash uchun keng qo'llanilgan. Yuqorida aytib o'tilganidek, kumush ion shaklida yaxshi bakteritsid, antiviral, antifungal va antiseptik ta'sirga ega va patogen mikroorganizmlarga qarshi yuqori samarali dezinfektsiyalovchi vosita bo'lib xizmat qiladi. Kumush ionlari mikroblar hujayrasiga tezda kirib boradi, hujayra membranasining funksiyasini buzadi va ko'plab bakterial fermentlarni bloklaydi, bu esa mikroorganizmlarning o'limiga olib keladi. Shuning uchun Kumushning yuqori antiseptik faolligi va kuchli bakteritsid ta'siri stomatologiyada keng qiziqish uyg'otadi.

Hozirgi vaqtda sut tishlarini kumushlash uchun xavfsiz preparatlar qo'llaniladi, ular nafaqat Kumushni, balki ftoridni ham o'z ichiga oladi, bu esa emalni mustahkamlashga yordam beradi. Bunday dorilar orasida Yaponiyaning "Saforide" preparati (Kuraray dental, Yaponiya) va uning mahalliy analogi - bir komponentli "Argenat" preparati ajralib turadi. "Safiride" - kariesni davolash va oldini olish uchun dori, kumush ftorid diamini asosida ishlab chiqariladi. AG(NH₃)₂F kimyoviy formulasiga ega. ushbu preparat kumush nitrat va ftoridlarning afzalliklarini birlashtiradi, kumush nitratga qaraganda samaraliroq.

Preparat sulfhidril va karboksil larini bog'laydi, bu oqsil tuzilishi konformatsiyasining o'zgarishiga olib keladi yoki denaturatsiyani keltirib chiqaradi. Kumush nitrat parchalanganda kumush ionlari oqsillarning cho'kishiga olib keladi, bu esa bakteritsid ta'siriga olib keladi. Kumush nitrat va to'qima oqsillari o'zaro ta'sirlashganda kumush albuminat hosil bo'lib, asta-sekin qora rangga aylanadi. Bu metall Kumushning tiklanishi bilan bog'liq.

Faol fermentlar bilan o'zaro ta'sir qilish orqali mikroorganizmlar hujayrasidagi metabolik jarayonlar bloklanadi va buziladi. "Saforide" preparati va gidroksiapatit o'zaro ta'sirlashganda kimyoviy reaksiya sodir bo'ladi: $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2 + \text{Ag}(\text{NH}_3)_2\text{F} \rightarrow \text{Ag}_3\text{PO}_4 + \text{CaF}_2 + (\text{NH}_4)^+ + (\text{OH})^-$.

Shunday qilib, "Saforide" preparati bakteritsid va antiferment ta'siriga ega, blyashka hosil bo'lishini sekinlashtiradi, minerallarning yo'q qilinishini oldini oladi, dentin tubulalarining tiqilib qolishiga va kaltsiylanishiga yordam beradi

Xulosa. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, kariesni to'xtatish uchun kumush nitrat eritmasini, so'ngra natriy ftoridli lakni birgalikda qo'llash mumkin. Davolash protokoli oddiy, invaziv bo'lmagan, og'riqsiz va arzon. Bu yosh bolalar, qariyalar va alohida ehtiyojli odamlarda tishlarning parchalanishini davolash uchun istiqbolli strategiya bo'lishi mumkin.

Adabiyotda ushbu davolash bo'yicha cheklangan tadqiqotlar mavjud bo'lganligi sababli, natriy ftoridli lak bilan birgalikda kumush nitrat eritmasidan foydalanishning yanada ishonchli dalillarini taqdim etish uchun randomizatsiyalangan klinik sinovlarni o'tkazish kerak.

STOMATOLOGIYADA YUQUMLI KASALLIKLAR MUAMMOSI VA ULARNI YUQISH YO'LLARINI OLDINI OLISH CHORALARI

**Odilov S.J. – stomatologiya fakulteti, 5-kurs talabasi, Ilmiy raxbari: To'lanov D.Sh.
Andijon davlat tibbiyot institute**

Dolzarblik. Yuqumli kasalliklar eng keng tarqalgan infektsiyalar qatoriga kiradi, ular insonlar sog'lig'iga tahdid soladi va sog'liqni saqlash uchun eng muhim tibbiy va ijtimoiy muammodir

Tibbiyot xodimlari mehnat faoliyati jarayonida zararli ishlab chiqarish omillariga kompleks ta'sir ko'rsatadigan shaxslar toifasiga kiradi. Ushbu professional kontingent biologik tabiatning VPF ta'siridan sog'liqning buzilishi xavfi yuqori bo'lgan ishchilar toifasiga kiradi.

Tibbiyot xodimlari virusli hepatitni kattalar populyatsiyasiga qaraganda ancha tez-tez yuqtirishadi, ular parenteral infektsiya uchun professional xavf iga kiradi.

Shu bilan birga, tibbiyot xodimlarida virusli hepatit bilan kasbiy kasalliklarni ro'yxatga olishning past darajasi qayd etilgan; ushbu kasalliklarning kasbiy kelib chiqishini asoslash uchun yagona yondashuv mavjud emas, buni turli mualliflarning adabiy ma'lumotlari tasdiqlaydi.

Hozirgi vaqtda tibbiyot xodimlarining kasbiy xavfsizligini ta'minlash uchun ma'lum me'yoriy-huquqiy bazaning mavjudligiga qaramay, ushbu kontingent orasida kasalxonada yuqadigan kasalliklarning gemokontakt infektsiyalari bilan oldini olish tizimi takomillashtirishni talab qiladi. Shu munosabat bilan tibbiyot xodimlarining gemokontakt



infektsiyalarini viruslar bilan yuqtirish uchun ishlab chiqarish xavf omillarini chuqur o'rganish va ularni ro'yxatdan o'tkazish tizimini asoslash zarurati dolzarbdir.

Tadqiqotning maqsadi. Bemorlarda nozokomial virusli gemokontakt infektsiyalarining oldini olish tizimini takomillashtirish va ko'p tarmoqli shifoxonada mehnat sharoitlari va infektsiya xavf omillarini o'rganish asosida ularning kasbiy kelib chiqishini asoslash.

Materiallar va tadqiqot usullari. Biz o'z oldimizga qo'yilgan vazifani bajarish uchun nozokomial virusli gemokontakt infektsiyalari patologiyasi bo'lgan 30 bemorni tanladik va ularning oldini oldik.

Tadqiqot natijalari. Yuqumli kasalliklar viruslari bilan kasallanish xavfi bilan bog'liq bo'lgan zararli ishlab chiqarish omillari majmuasida tibbiyot xodimlari yuqumli bemorlar, yuqtirilgan materiallar, qon va bemorning boshqa tana suyuqliklari bilan aloqa qilishda ifodalangan biologik tabiat omillari, shuningdek psixofiziologik omillar etakchi hisoblanadi. mehnat jarayonining keskinligida ifodalangan tabiat.

Mehnat jarayonidagi keskinlik ko'rsatkichlari bo'yicha eng noqulay mehnat sharoitlari jarrohlik bo'limlari tibbiyot xodimlarida aniqlandi. Shunday qilib, jarrohlik Profil bo'limlarida shifokorlarning ish joylari ikkinchi darajali zararli sinfga (3.2), hamshiralarning ish joylari birinchi darajali zararli sinfga (3.1), terapevtik Profil bo'limlarida shifokorlarning ish joylari birinchi darajali zararli sinfga (3.1), hamshiralarning ish joylari ruxsat etilgan darajaga (2) tegishli.) mehnat sharoitlari sinfiga.

Biologik tabiat omillarining tibbiyot xodimlariga ta'siri terining va shilliq pardalarning shikastli shikastlanishi yoki tana suyuqliklarining shikastlangan teriga va shilliq pardalarga tushishi bilan amalga oshiriladi. Tibbiyot xodimlarida travmatik shikastlanishning tabiati va chastotasi davolash bo'limining profiliga bog'liq-jarrohlik profilidagi bo'limlarda-100 ishchiga 15,5, terapevtik bo'limlarda 100 kishiga 10,5 ($p<0,05$); tibbiyot hamshiralari - 100 ishchiga 22,9, shifokorlar uchun 100 kishiga 3,3 ($p<0,001$); mehnat zo'riqishidan - jarohatlarning 77 foizi 3.1-sinflarga tegishli bo'lgan tibbiyot xodimlarida sodir bo'lgan. va 3.2 ($p<0,001$); xodimlar sonidan - ishonchli teskari aloqa aniqlandi ($g \setminus u003d -0.88$); ish stajidan - 44,1% 5 yilgacha bo'lgan tajribaga ega ($p<0.05$).

Tibbiyot xodimlarida nozokomial virusli gemokontakt infektsiyalarining oldini olishni takomillashtirish tibbiy buyumlarni qayta ishlash va utilizatsiya qilishning zamonaviy texnologiyalaridan foydalanish, parenteral manipulyatsiyalarni amalga oshirish algoritmlarini joriy etish, shuningdek, infektsiya manbalarini o'z vaqtida va to'liq aniqlash bo'yicha chora-tadbirlarni amalga oshirish orqali biologik tabiatning zararli ishlab chiqarish omillari ta'sirini oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini joriy etish bilan ta'minlanadi. Ushbu chora-tadbirlar shifoxona ichidagi gepatit b va C bilan kasallanishni kamaytirishga imkon berdi.

Xulosa. Tibbiyot xodimlarini gemokontakt infektsiyalari viruslari bilan yuqtirish xavfi omillarini hisobga olish va ro'yxatdan o'tkazish tizimini amaliyotga joriy etish asosida, shu jumladan.teri va shilliq pardalarga shikast etkazadigan shikastlanishlar yoki tana suyuqliklarining teriga va shilliq pardalarga tushishi, tibbiyot xodimlarida gemokontakt virusli infektsiyalar bilan kasbiy kasalliklarni ro'yxatdan o'tkazish tizimi takomillashtirildi. Ushbu buxgalteriya hisobi va ro'yxatga olish tizimi kasalxona ichidagi infektsiyalarning oldini olish bo'yicha maqsadli dasturlarni ishlab chiqish uchun ishlatilgan, bu esa xodimlarning gepatit b va C bilan kasallanishini sezilarli darajada kamaytirishga imkon berdi.



KICHIK MAKTAB YOSHIDAGI BOLALAR KALLA KO'RSATKICHI TAHLILI <i>Adhamov Sh.A., Ulug'bekova G.J</i>	3
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA VIRUSLI GEPATITLAR TARQALGANLIGINING EPIDEMIOLOGIK TAHLILI <i>Chutboyev B.R., Soatova N.A.</i>	4
QANDLI DIABETNING YIRINGLI-NEKROTIK ASORATLARINI DAVOLASH MUAMMOLARI <i>Abdullayev S.A., Mardonov A.Sh., Murodov Z.A.</i>	5
BOLALARDA UCHRAYDIGAN NAFAS YO'LLARI KASALLIKLARI.BRONXIAL ASTMA <i>Abdurasulova Dilbarxon Otabek qizi</i>	6
STOMATOLOG BO'LIH OSONMI? <i>Abduraxmonova Muxayoxon Abduraximovna</i>	9
TIBBIYOT AMALYOTIDA ISHLATILADIGAN TABBIYBIOKOMPOZITLAR <i>Akbarova M.Y Mhammadjonov S.G'.</i>	10
«PERIFERIK NERV SISTEMASI KASALLIKLARI» <i>Alisherov Hamidullo Fayzullo o'g'li, Nurmatova Nargiza Fatxullayevna</i>	12
«YURAK ISHEMIK KASALLIKLARINI KELTIRIB CHIQARUVCHI FAKTORLAR» <i>Alisherov Hamidullo Fayzullo o'g'li., Nurmatova Nargiza Fatxullayevna., Alisherov Hamidullo Fayzullo o'g'li</i>	14
BOLALARDAGI PNEVMONIYA: RIVOJLANISH SABABLARI VA OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY IMKONIYATLARI <i>Aminova M.N., Raxmatulloyeva Sh.Sh.</i>	15
SURUNKALI INSOMNIYANING KLINIK-PSIXOLOGIK STRUKTURASINI O'RGANIB BAHOLASH <i>Amirjanova D.Z.</i>	17
MIOKARD INFARKTI KASALLIGIDA EKG BELGILARINING O'ZGARISHI <i>Ahrorov Abdulaziz Azizjonovich., Sobirova Dildora Ravshanovna</i>	19
BIZ BILGAN O'SIMLIKNING BIZ BILMAGAN XUSUSIYATLARI <i>Ashuraliyev Fazliddin Akbarali o'g'li., Avazxonov Nuroллоxon Jaxongirxon</i>	20
BOSH MIYA QON AYLANISHINING BUZILISHIGA OLIB KELUVCHI XAVFL OMILLAR. <i>D.Y.Batirov, A.P.Rahimov, Tajiyev S.Z, Sobirov M.O, X.A.Madrimov</i>	23
KATTA YOSHLI BEMORLARDA YURAK YETISHMOVCHILIGI <i>Baxromova X.A., Islomova S.T.</i>	24
BOLALARDA PNEVMONIYA KASALLIGINI RIVOJLANISH XAVF OMILLARI VA ETIOLOGIK STRUKTURASINI KECHISH XUSUSIYATLARINI KUZATISH <i>Nurmatova Nargiza Fatxullayevna., Vahobjonova Guljahon</i>	26
KANAKUNJUT O'SIMLIGINING (RICINUS COMMUNIS) SANOAT FARMATSIYASIDA QO'LLANILISHI <i>G'aniyeva Nafisa Y., Islomova S.T.</i>	27
MAXALLIY TARQALGAN ME'DA SARATONI XIRURGIK DAVO NATIJALARINI BAXOLASH <i>Xasanov D.Sh Shuhratbekov J.D.</i>	28
ME'DA SARATONI XIMIOTERAPIYASI NATIJALARI. <i>Xasanov D.Sh Shuhratbekov Z.D.</i>	29
AVITSENNA –BUYUK OLIM VA TABIB <i>Daulanova Kh.I, Abiyerova S.M.</i>	30
TANA VAZNINING EKSTREMAL PAST XOLATLARIDA XOMILA VA CHAQALOQLARDA O'PKANING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI <i>Djumaniyazova G.M.</i>	31
ODAM IMMUN TANQISLIGI VIRUSI PROFILAKTIKASI	33

<i>Dilmurodova O.B., Kamilova A.Sh.</i>	
CYNARA SCOLYMUS L O‘SIMLIGINING ILDIZIDAN OLINGAN EKSTRAKTLARNING SARATON KASALLIKLARIGA QARSHI IN VITRO FAOLLIKLARI <i>Dolimov X.X.</i>	34
QURUQ EKSTRAKTSIYALASHGA ASOSLANGAN QICHITQI O‘TI (URTICA DIOICA L.) VA QIZILMIYA (GLYCYRRHIZA GLABRA L.) KAPSULLARNI STANDARTLASHTIRISH. <i>Yo‘ldosheva Nozimaxon</i>	35
BOLALARDA VA KATTA YOSHDAGI O‘TKIR PNEVMONIYAGA CHALINGAN BEMORLARNI KLINIK KECHISH XUSUSIYATLARI. <i>Eshqobilov O.A., Ulashova D.A.</i>	36
KATTA YOSHLI AYOLLARDA BIRINCHI HOMILADORLIKVA TUG‘RUQNING KECHISHI <i>Zarifboyeva H.I. Ilmiy rahbar: Duschanova Z.A.</i>	38
AHOLISINING KASALLANISH DARAJASIGA TASHQI MUHIT IFLOSLANISHINING TA‘SIRI <i>Ibragimov A.U., Rasulov Sh.M.</i>	39
ARID ZONALARDA INSULT MILLIY REGISTRINIG TAXLILI <i>Iskandarova D.E.1,2 , Oyto‘g‘onova Sh.O‘I. 1</i>	41
PLEVRITNI KELIB CHIQISH SABABLARI VA DAVOLASH YO‘LLARI <i>Isroilov Shaxzodbek Iqbolovich,</i>	42
COVID-19 KASALLIGING ASORATI NATIJASIDA KELIB CHIQADIGAN JIGARDAGI O‘ZGARISHLAR <i>Kadirova M.,Abdisalomov Diyorbek</i>	43
DEMENSIYA KASALLIGINING ZAMONAVIY TALQINI <i>Kamilova M.R., Raximbayeva G.S., Sobirova D.R</i>	44
SOHA TERMINLARINING XUSUSIYATLARI <i>Qoraboyeva F. M.M Qo‘ziboeva</i>	45
XORAZM HUDUDIDA QOG‘ONOQ SUVI KETGAN HOMILADORLARDA XORIOAMNIONIT RIVOJLANISHINING KLINIK OMILLARI <i>Karimova Intizor Ergashovna., Ismoilova D.O‘.</i>	46
AYOL-QIZLAR O‘RTASIDA O‘LIMGA SABAB BO‘LAYOTGAN JINSIY KASALLIKLARNI ERTA ANIQLASH VA OLDINI OLISHDA INNOVATSION YONDASHUV. <i>Komilova Dilrabo Raximboy qizi „Ro‘zimatov Fazliddin Isomiddin o‘g‘li</i>	47
YURAK ISHEMIK KASALLIKLARINI KELITIRIB CHIQUARUVCHI FAKTORLAR» <i>Alisherov Hamidullo Fayzullo o‘g‘li. „Nurmatova Nargiza Fatxullayevna ., Alisherov Hamidullo Fayzullo o‘g‘li</i>	49
"STRESS VA SARATONNI OLDINI OLIB, BARTARAF ETISHDA O‘SMA YOG‘IDAN FOYDALANISHDA INNOVATSION YONDASHUV" <i>Qurbonmurodova Nafisa Ziyodulla qizi</i>	50
O‘SMIR BOLALARDA MARKAZIY NERV SISTEMASINING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI <i>Қобилов А.Б.</i>	51
BEMORLARDA IRSIY KASALLIKLAR TUFAYLI YUZAGA KELADIGAN NOJO‘YA TA‘SIRLAR <i>Қодиров И.И., Islomova S.T</i>	54
XORAZM VILOYATIDA YELBO‘G‘OZ VA RIVOJLANMAGAN HOMILADORLIK O‘TKAZGAN AYOLLARDA IMMUNOGISTOKIMYOVIIY USULDA BAHOLASH. <i>Madrimova Quvonchoy Qahramonovna</i>	55
QANDLI DIABET 1 – TUR BEMORLARDA ASORATLI KATARAKTA PROFILAKTIKASI	56



Mamajanov X.X., Ikramov A.F., Abdullaev Sh.O.	
DIABETIK RETINOPATIYANI LIMFATERAPIYA USULI BILAN DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHISH	57
Mamajanov X.X., Ikramov A.F., Abdullaev Sh.O.	
OQSIL-POLISAXARIDLAR O‘ZARO TA‘SIRINING SO‘LAK AMILAZASI TOMONIDAN KRAKXAL GIDROLIZIGA TA‘SIRI	58
Mamajanova O.S	
QANDLI DIABETNING YIRINGLI-NEKROTIK ASORATLARINI DAVOLASH MUAMMOLARI	60
Mardonov Asadbek Shamsi o‘gli., Murodov Zayniddin Alimardon o‘gli	
BOLALARDA APENDIKULYAR PERITONIT VA UNING ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI.	62
Maxammatov Alisher Erkayevich .,Berdiyev Ergash Abdullayevich	
COVID-19 DAN UMURTQA SUYAGI AVASKULYAR NEKROZINING KLINIK-ANAMNESTIK TAHLILIGA YANGICHA YONDASHUV VA DAVOLASH TAKTIKASINI TANLASH.	63
Mahkamov Nosirjon Jo‘rayevich	
COVID-19 DAN KEYINGI UMURTQA SUYAGI AVASKULYAR NEKROZINING KLINIK - MORFOLOGIK O‘ZGARISHLARI	64
Mahkamov Nosirjon Jo‘raevich: PhD,	
METABOLIK DISFUNKSIYA FONIDA YURAK ISHEMIK KASALLIGI UCHRASH CHASTOTASINI ANIQLASH VA KASALLIK KECHISHINI PROGNOZLASH	65
Maxkamova M.M., Nurillaeva N.M.	
TRAVMATOLOGIYA VA ORTOPEDIYA YO‘NALISHLARIDA INNOVASION MASHG‘ULOTLARINI JORIY ETISH.	66
Mahmadyusupova M.K., Davlatov B.N.	
UMURTQA POG‘ONASINING DEGENERATIV SHIKASTLANISHINI EPIDEMIOLOGIYASI O‘ZIGA XOS XUSUSIYATI	67
Mirzajonov A Sh., Mamasoliev N.S., Usmonov B.U., Qalandarov D.M.	
KEKSA AHOLI UMURTQA POG‘ONASINING DEGENERATIV SHIKASTLANISHLARI KLINIK KECHISHINING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI.	68
Mirzajonov A Sh., Mamasoliev N.S., Usmanov B.U., Мамасолиевна III.A	
SILYBUM MARIANUM O‘SIMLIGIDAN AJRATIB OLINGAN ENDOFIT ZAMBURUG‘LAR EKSTRAKTLARINING ANTIBIOTIK XOSSALARI	69
G.D.Mo‘sajonova, M.Kabirova, U.A Dolimova,	
LEYSHMANIOZ KASALLIGINI OLDINI OLISH	71
Mustanov J.A., Ne‘matov A.S., Rasulov Sh.M., Mustanov A.N.	
BOLALAR VA O‘SMIRLAR GINEKOLOGIYASIDAGI MUAMMOLAR VA ULARNING YECHIMLARI	73
Nazarova Yorqinoy Xalpajonovna, Tojiboyev Oybek Avazjonovich	
TERI KASALLIKLARINI TARQALISH DARAJASINI DINAMIKADA O‘RGANISH	77
Nasirdinov Omadjon Adxamjon o‘g‘li., To‘ychiboyev Sarvarjon Erkin o‘g‘li, Nuraliyev F.N., PhD	
ANDIJON VILOYATIDA TURLI YOSHDAGI BOLALARDA NEFROTIK SINDROMNI TARQALISHI VA SABABLARI	78
Nurmatova Oltinoy Alixo‘ja qizi., G‘aniyeva M.Sh.	
BOLALARDA NEFROTIK SINDROM KECHISHINING YOSHGA XOS XUSUSIYATLARI	79
Nurmatova Oltinoy Alixoja qizi., Sobirov Qobuljon Gofurjon o‘g‘li.,Ganiyeva M.Sh.,	
ANDIJON VILOYATIDA TURLI YOSHDAGI BOLALARDA NEFROTIK SINDROMNI TARQALISHI VA SABABLARI	80
Nurmatova Oltinoy Alixo‘ja qizi ,G‘aniyeva M.Sh.,	
TISH FLYUOROZINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH USULLARINI	81



TAKOMILLASHTIRISH <i>Odiljonova Nigora Ikromovna, Bekmurodova Sitorabonu Baxodirovna</i>	
BOLALARDA BRONXIT KASALLIGINI ANIQLASH VA DAVO CHORALARINI QO'LLASH <i>Omonov A.M., Zokirova A.M,</i>	82
IRSIY KASALLIKLAR DIAGNOSTIKASIDA “TANDEM MASS SPEKTROMETRIYA” USULINI QO'LLASH. <i>Omonov M.O., Bosimov M.Sh.</i>	83
TUXUMDON SARATONI BILAN OG'RIGAN AYOLLARDA KIMYOTERAPIYADAN KEYIN RIVOJLANGAN POLINEYROPATIIYADA NATRIY SELENITINING SAMARADORLIGI <i>Panjieva N.N., Xaydarov N.K.</i>	85
KORONAVIRUS ETIOLOGIYALI INTERSTITSIAL PNEVMONIYA:MUAMMO VA YECHIMLAR <i>Raximberganov S.R.</i>	86
EXINOKOKKOZ QO'ZG'ATUVCHISI VA UNING RIVOJLANISHI <i>Rasulov Sh.M., Toshpo'latov A.Y.</i>	87
OIV/OITS KASALLIGINING TARQALGANLIGI VA EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI <i>Rasulov Sh.M.</i>	89
YURAKNING TUZULISHI, FUNKSIYASI VA KASALLIKLARI RAUFOVA MUNISA PO'LATMALIK QIZI <i>Raufova Munisa Po'latmalik qizi, Xojimatov Ravshanbek</i>	91
DORIVOR O'SIMLIKLAR <i>Raximov Yorginbek Zafardiyor o'g'li, F.I.Ro'zimatov</i>	92
COVID-19 DAN KEYIN SON SUYAGI BOSHCHASINING ASSEPTIK NEKROZI VA UNI DAVOLASH USULLARI <i>Raxmatulloyeva Sh.Sh., Aminova M.N.</i>	93
REVMATOID ARTRIT KASALLIGIDA DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH UCHUN INNOVATSION PSAMMOTERAPIYANI QO'LLASH. <i>Ro'zimatov Fazliddin Isomiddin o'g'li, Komilova Dilrabo Raximboy qizi</i>	96
ARUNDO DONAX YER USTKI QISMI ALKALOIDLARI YIG'MASINING SEDATIV TA'SIRINI BAHOLASH <i>E.M Ruzimov., B.P Berdimurodov</i>	97
COVID-19 INFEKTSIYASI BILAN KASALLANGAN HOMILADOR AYOLLARNI PARVARISH QILISH VA DAVOLASHDA BA'ZI TAVSIYALAR <i>Sadikov U.T., Sharipova G.D., Muminova Sh.R</i>	98
PULMANOLOGI K KASALLIKLARNI ANIQLASHDA DIAGNOSTIK AXAMYAT. <i>Sakkizboyeva Dilafruz Bahodirjon qizi</i>	99
MAXSUS TIBBIY GURUH TALABALARIGA JISMONIY TARBIYA DARSLARIDA ASOSIY YONDASHILISH <i>Saparova A Abduraxmanov K.X</i>	100
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA ENTEROBIOZ BILAN KASALLANISHNING EPIDEMIOLOGIK TAHLILI <i>Safarov Sherzod Baxtiyorovich, Rasulov Shomurod Maxmudovich</i>	102
COVID – 19 BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA YUQORI NAFAS YO'LLARIDA UCHROVCHI STAPHYLOCOCCUS AUREUS <i>Safarov Sh.B., Toshpo'latov A.Y.</i>	103
DAVOLASH-PROFILAKTIKA MUASSASALARI VA DORIXONALAR O'RTASIDA ALOQADORLIKNING BUGUNGI KUNDAGI HOLATI <i>Sobirjonova U M, Yunusova N.B., Orifjanova M.SH, Madaxanov A.S</i>	105
QANDLI DIABYET KASALLIGIDA O'PKANING NAFAS OLIISH ZONASIDAGI	105



HUJAYRALARNING MORFOFUNKSIONAL O'ZGARISHLARI <i>Sobirova D.R., Usmanov R.D. Usmanov R.D.</i>	
QANDLI DIABET KASALLIGIDA O'PKA TO'QIMALARIDA MORFOLOGIK O'ZGARISHLAR <i>Sobirova D.R., Usmonov R.D</i>	107
REVMATOID ARTRIT DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASHINI AYRIM JIHATLARINI O'RGANISH <i>Soliyev M.A., Soliyev A.Q.</i>	108
BRONXIAL ASTMA KASALLIGIDA ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI <i>Sotvoldiyev Muhammaddiyor Qahhorjon o'g'li.,Nazarova Yorqinoy Xalpajonovna</i>	109
YURAK QON-TOMIR SISTEMASI KASALLIKLARI <i>Toxirova Ruxshona Izzatbek qizi</i>	111
TIBBIYOTDA BAKTERIYALARNING ANTIBIOTIKLARGA SEZUVCHANLIGINI ANIQLASH USULLARINING AHAMIYATI <i>Toshpo 'latov A.Y.</i>	113
TERI ALLERGIK KASALLIKLARINING XAVF OMILLARI VA TARQALGANLIGINI O'RGANISH. <i>To'ychiboyev Sarvarjon Erkin o'g'li ,Nasirdinov Omadjon Adxamjon O'g'li PhD Nuraliyev F.N</i>	114
HAZM SISTEMASIDAGI KASALLIKLAR TUFAYLI OG'IZ BO'SHLIG'IDAGI O'ZGARISHLAR <i>Turaqulov O M., Ortikova N.X</i>	115
XXI ASRDA ENG KENG TARQALGAN KASALLIK – YURAK ISHEMIYASI <i>Turdialieva D.O., Islomova S.T.</i>	117
BOLALARDA QANTLI DIABET KASALLIGIGA TASHHIS QO'YISHDA SO'LAKDAN FOYDALANISH <i>Umarova M.N., M.A.Marupova</i>	118
BOLALARDA TUG'MA YURAK NUQSONLARINI ANIQLASH VA DAVO CHORALARINI QO'LLASH <i>O'rinova U.O', Zokirova A.M</i>	119
INSON SALOMATLIGIGA TA'SIR ETUVCHI XAVFLI OMILLAR <i>O.O'rogova., Mamadaliyev</i>	120
PEDIATRIYADA ETIKANING AHAMIYATI <i>O.O'rogova, , Toxirova Ruxshona</i>	122
INSON SALOMATLIGIGA TA'SIR ETUVCHI XAVFLI OMILLAR <i>O.O'rogova , A.Mamadaliyev</i>	123
TALABALAR ORASIDA SKOLIOZNING PROFILAKTIKASI <i>Usmanova Mohinur Dilshod qizi ,Mirzakamolova Fotima Adhamjon qizi</i>	125
HAZM QILISH A'ZOLARI KASALLIKLARI O'TKIR VA SURUNKALI GASTRIT <i>Usmonov Jamshidbek Rustamjon o'gli</i>	126
KO'Z KASALLIKLARINI OLDINI OLIHNING GIGIYENIK AHAMIYATI <i>Usmonova Yulduz Sherzod qizi. ,Nuraliyeva N.B</i>	128
KO'Z ICHI GEMODINAMIKASINI ULTRATOVUSHLI DOPPLEROGRAFIYA TEKSHIRUVIDA KUZATILADIGAN O'ZGARISHLAR TAHLILI. <i>Fayziyeva D.B., Qurbonov S.M.</i>	129
KRANIOFASIAL ANOMALIYALARI BOR BOLALARNING FIZIOLOGIK KURSATGICHLARI <i>Xalmanov B.A., Suvonov K.J</i>	130
MAXALLIY TARQALGAN ME'DA SARATONI XIRURGIK DAVO NATIJALARINI BAXOLASH <i>Xasanov D.Sh Shuhratbekov J.D.</i>	130
JIGAR ENSEFALOPATIIYASI <i>Hokimov Bosimjon Shuhrat o'g'li.,Nurmatova Nargiza Fatxullayevna</i>	131



CHAQALOQLARDA UCHRAYDIGAN SEPSIS KASALLIGINING O'ZIGA HOS XUSUSIYATLARI VA UNGA QARSHI KURASHISH CHORA-TADBIRLARI <i>Shermatova N.B., O.A.Eshqobilov</i>	132
TO'LIQ RETENSIYAGA UCHRAGAN VA ATIPIK JOYLASHGAN QOZIQTISHLARNI KOMPLEKS DAVOLASH <i>Shaamuhamedova F.A., Ne'matova M.A., Baxtiyorova M.I Toshkent</i>	133
TRAUMATOLOGIYA VA ORTOPEDIYA INNOVASION USULLARI VA TEXNOLOGIYALARINI AMALIYOTGA TATBIQ ETISH. <i>Eminjonova M.A., Davlatov B.N.</i>	135
FUNKSIONAL DISPEPSIYALARNI PROTON NASOS INGIBITORLARI BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI BAHOLASH <i>Eraliyev I.I Saliev D.Q</i>	137
JIGAR SIRROZI KASALINI ANIQLASH VA TASHXIS QO'YISH. <i>F.D Eshmatova O.A Eshqobilov</i>	137
JIGAR SIRROZI KASALINI ANIQLASH VA TASHXIS QO'YISH. <i>Yuldasheva O.A.Eshqobilov</i>	139
TIBBIYOT OLIYGOHLARI TALABALARIDA SOG'LOM TURMUSH TARZIGA OID BILIMLARNING SHAKLLANISH DINAMIKASI <i>Yunusova N.B, Kamiljanov I.I., Kurbanbayeva G.T., Temirova D.U.</i>	141
TENIARINXOZ TARQALGANLIGI VA UNING PROFILAKTIKASI <i>Yusupov Sh.Sh., Rasulov Sh.M</i>	142
PNEVMONIYA BILAN OG'RIGAN BOLALARDA O'TKIR GERPETIK STOMATIT VA KOMPLEKS DAVOLASH USULLARINING SAMARADORLIGI <i>Qudradova S.O'</i>	144
АЛЦГЕЙМЕР КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ДОРИ ВОСИТАЛАРНИНГ АССОРТИМЕНТ ТАХЛИЛИ <i>Ismailova F.B, Yunusova X.M</i>	145
YURAK ISHEMIK KSALLIKLARI VA TURLI XIL PATOLOGIYALAR BILAN OG'RIGAN KATTA YOSHDAGI BEMORLARDA LEPTINNI O'RNI. <i>O.M. Maxsudov</i>	147
ДИНАМИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ КУРАШИСТОВ <i>Тоҳтмиев Ж.Б</i>	148
НЕОВАСКУЛЯР ГЛАУКОМАНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ <i>Абдурахманова Д.А.</i>	150
БОЛАЛАРДА ТИЗЗА ҚОПҚОҒИНИ ТУҒМА ЁЗУВЧИ КОНТРАКТУРАСИНИ ДАВОЛАШ УСУЛАРИ <i>Алимбаева З.З., Нарзиқулов У.К</i>	151
ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ЭЗОФАГОДУОДЕНОСКОПИЯ БЕЛГИЛАРИ <i>Аиуралиева М.А., Мамасолиев Н.С., Жўраева М.А., Соипова Г. РШТЁИМ</i>	153
Б ВИРУСЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ЮҚОРИ ОШҚОЗОН ИЧАК ТИЗИМИДАН ҚОН КЕТИШ ПРЕДИКТОРЛАРИ <i>Аиуралиева Н.Д., Мамасолиев Н.С., Жўраева М.А., Турсунов Х.Х. РШТЁИМ</i>	153
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДА ЗАРАРСИЗ ОВҚАТЛАНИШ БЎЙИЧА ТАРҒИБОТ ИШЛАРИ СИФАТИНИ ЯХШИЛАШ <i>Бойқўзиева М.Б., Назарова Г.У.</i>	155
РУСИЙ ЗАБОН ГУРУҲЛАРДА ЎЗБЕК ТИЛИНИ ЎҚИТИЛИШИДА ЗАМОНАВИЙ ПЕДАГОГИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ ЎРНИ ВА РОЛИ <i>Гуломова З М., М.Қўзиева</i>	156
ХОМИЛАДОРЛИК ВА ЛАКТАЦИЯ ДАВРИДА ОРГАНИЗМДАГИ КАЛЬЦИЙ КОНЦЕНТРАЦИЯСИНИНГ ЎЗГАРИШИ. <i>Джасалова О.К., Бозарова Н.Ф</i>	157



РЕСПУБЛИКАМИЗДА 14 ЙИЛ ДАВОМИДА СОДИР БЎЛГАН ЙЎЛ ТРАНСПОРТ ХОДИСАЛАРИ СТАТИСТИКАСИ <i>Жуманиёзов К.Й., Олимова М.М.</i>	158
ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗДАГИ ЎЗГАРИШЛАР. <i>Иброхимова Н.Р. Аралова М.А.РИЭИАТМ</i>	160
ПЛЕВРОДЕЗНИНГ ТУРЛИ УСУЛЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШДА ЎПКА БУЛЛЕЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА ВИДЕОТОРАКОСКОПИК АРАЛАШУВЛАРНИНГ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ <i>Ж.К.Исмаилов, О.Дж.Эшонходжаев</i>	162
БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВITЛАРНИ АЙФЛОКС КЎЗ ТОМЧИСИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ <i>М.Ш. Кодиров</i>	164
БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВITЛАРНИ ФУТАРОН ГЕЛИ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ <i>Кодиров М.Ш.</i>	165
ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАР ОРТОПЕДИК СТАТУСИНINГ ҚИЁСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАҲЛИЛИ <i>Қурёзов А.Қ., Қурёзов Ш.А., Искандарова А.И.</i>	166
ТАШРИХДАН СУНГИ ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИДАГИ КЕЛОИД ЧАНДИКНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ <i>М.М.Мадазимов А.П.Хабибуллаев</i>	167
“ФУНДУС” КАМЕРА ОРКАЛИ ОРГАНИЗМНИНГ УМУМИЙ КАСАЛЛИКЛАРИДА КЎЗ ТУБИНИ ПРОФИЛАКТИК ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ <i>М. Маирибаева</i>	168
ОИЛАВИЙ ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ЎСМИРЛАРНИНГ НАРКОТИК МОДДАЛАРГА ТАЪСИРЧАНЛИГИНИ ЎРГАНИШДА БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА <i>Назарова Г.У., Бойқўзиева М.Б.</i>	169
ПОЛЬЗА ГРЕЦКИХ ОРЕХОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ <i>Назарова Ёркиной Халпажановна., Сабирова Хуснигул Гайратовна</i>	170
5.ETIOPATHOGENETIC MECHANISMS OF ENDOCRINE SYSTEM DISEASES, RELEVANCE AND MORBIDITY INDICATORS OF THE POPULATION OF FERGANA CITY,A <i>Tishabaeva, Nargiza, ., Шодмонов Ж.Б.</i>	172
СПОСОБ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ <i>Норов М.Ч., Мустафакулов И.Б., Махаммадинов А.Г.</i>	173
ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВАҚТИДА ҚОН КЕТИШ ВА УНИ ТЎХТАТИШ ЙЎЛЛАРИ. <i>Отабоев И.Х., Махмудов Н.И., Валиев А.С.</i>	174
ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ ОМИЛИНИНГ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР КЕЛИБ ЧИҚИШИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАВСИФИ <i>Пакирдинов А.С., Мамасолиев Н.С., Мадазимов М.М., Усмонов Б.У. РШТЁИМ</i>	175
УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР УЧУН СТРЕСС ОМИЛИНИНГ РОЛИ <i>Пакирдинов А.С., Мамасолиев Н.С., Мадазимов М.М., Мамасолиев З.Н.</i>	176
HELICOBACTER PYLORI ОМИЛИНИНГ УЗОҚ УМР КЎРУВЧИЛАР ПОПУЛЯЦИЯСИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР КЕЛИБ ЧИҚИШИДА ТАЪСИРИ <i>Пакирдинов А.С., Мадазимов М.М., Мамасолиев Н.С., Каландарова Г.К.</i>	177
СУТ ТИШЛАРИ ЁРИБ ЧИҚИШИ ДАВРИДА КУЗАТИЛАДИГАН КЛИНИК БЕЛГИЛАРНИ ЎРГАНИШНИНГ АҲАМИЯТИ <i>Раимжонов Р.Р.</i>	178



КЎКРАК ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА ТИШЛАР ЁРИБ ЧИҚИШИ СИНДРОМИ КЛИНИКАСИНИ ЎРГАНИШ <i>Раимжонов Р.Р.</i>	179
COVID-19 ФОНИДА ИШЕМИК ИНСУЛЬТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ИНСОНЛАРДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАР <i>Расулова Х.А., Искандарова Д.Э., Расулова М.А., Усмонов С.С.</i>	180
COVID-19 ФОНИДА ИШЕМИК ИНСУЛЬТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ИНСОНЛАРДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАР <i>Расулова Х.А., Искандарова Д.Э., Расулова М.А., Усмонов С.С.</i>	181
ЎПКАНИНГ ЛЕЙОМИОМАТОЗЛИ ГАМАРТОМАСИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ ВА ИММУНОГИСТОХИМИЯСИ <i>Рахманова Н.С.</i>	182
АКУШЕРЛИК АПГАР ШКАЛАСИ БЎЙИЧА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ОНАДАН ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ <i>Ризқулов Ғолиббек Баҳодир ўғли I , Буранкулова Нигора Михайловна I , Калниязова Инобатхон Байрамовна</i>	185
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ҚИЗАМИҚНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Ровшанов Бунёд Уткирович , Рахманова Жамила Амановна , Турсунова Дилором Алимовна ,</i>	186
ПИГМЕНТЛИ ГЛАУКОМАНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ <i>Рустамжонов А.Б.</i>	187
БОЛАЛАРДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТЛАРНИ ЙИРИНГЛИ АСОРАТЛАРИНИ ДАВОЛАШ <i>Сайдалиев С.С., Махмудов Н.И., А.Ж.Жахонгирханов</i>	188
КУЙИШ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ОҒИРЛИГИНИ БАҲОЛАШ <i>Салохиддинов К.З., Тен Д.О., Фозилов А.А. Алижоннова М.А.</i>	189
КЎКРАК ҚАФАСИ ВОРОНКАСИМОН ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ ОПЕРАТИВ ВА ОПЕРАЦИЯСИЗ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ <i>Ш.С.Солиева, Ж.С.Ҳикматов, Ж.К.Исмаев</i>	190
БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ГЕРОНТОЛОГИК ЁШЛИ АҲОЛИ ПОПУЛЯЦИЯСИДА АНИҚЛАНИШ ЧАСТОТАСИНИ МАЪЛУМОТ ДАРАЖАСИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА ИФОДАЛАНИШИ. <i>Суюнов Д.М., Мамасолиев Н.С., Мадазимов М.М., Турсунов Х.Х.</i>	193
ОВҚАТЛАНИШ ТАРТИБИГА РИОЯ ҚИЛМАСЛИК ГЕРОНТОЛОГИК ПОПУЛЯЦИЯДА БИЛИАР ПАНКРЕАТИТНИ ХАТАР ОМИЛИ СИФАТИДА <i>Суюнов Д.М., Мадазимов М.М., Мамасолиев Н.С., Курбонова Р.Р.</i>	194
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ <i>Ш.Б., Баймаков С.Р., Хакимов А.М., Ходиев Х. М. Мехмонов Ш.Р., Шарипов Ю. Ю., Пулатов М.М., Аслонов З.Х.</i>	195
MODERN METHODS OF OZONE THERAPY IN THE PREVENTION OF PURULENT INFECTION AFTER SURGERY“VOIDING” <i>Baymatov S.R., Tagayev Sh.B., Hakimov A.M., Xodiev X.M., Mehmonov Sh.R., Sharipov Yu.Yu Pulatov M.M., Aslonov Z.Kh.</i>	195
КУЙИШ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ОҒИРЛИГИНИ АНИҚЛАШ МУАММОЛАРИ <i>Тен Д.О., Салохиддинов К.З., Фозилов А.А. ,</i>	197
ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЎТКИР ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИДА ЛАПАРОСКОПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ <i>А.Ю.Тухтакулов, Н.И.Махмудов, Кайўмов Ж.А.</i>	198
БОЛАЛАРДА ТУҒМА МАЙМОҚОЎҚЛИКНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ	200



Узоқова Д, Нарзиқулов У.К.	
БОЛАЛАРДА ИЧАК ИНВАГИНАЦИЯСИ <i>Уралов Ш. Ш., Бердиев Эргаш Абдуллаевич</i>	201
БРОНХОЭКТАЗ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА МУКАММАЛЛАШГАН ИММУНОЛОГИК ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ <i>Ж.С.Хикматов, Б.З.Хамдамов, К.У.Газиев</i>	202
ИЧКИ КСАЛЛИКЛАР ПРОПЕДЕВТИКАСИ ФАНИНИ ЎҚИТИШДА ЯНГИ АВЛОД ТЕСТЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ <i>Шамсуддинова Г.Б., Махмудов Н.И., Сохиббоев И.А.</i>	204
ЎЗБЕК ТИЛИ ДАРСЛАРИГА ҚЎЙИЛАДИГАН ЗАМОНАВИЙ ТАЛАБЛАР <i>Эргашева А.</i>	206
ИННОВАЦИОН ТАЪЛИМ АСОСИДА ЛОТИН ТИЛИНИ ЎҚИТИШГА ҚЎЙИЛАЁТГАН ТАЛАБЛАР <i>Эркинбоев С., М.Қўзибоева</i>	207
ГЕМОСТАТИК ХЕМОБЕН ПРЕПАРАТИНИ НЕКРЭКТОМИЯ ВА ДЕРМОПЛАСТИКАДА ҚЎЛЛАШНИНГ ҚИЁСИЙ НАТИЖАЛАРИ <i>Юнусов О. Т., Рузибоев С. А.</i>	208
МЕТАБОЛИК ЎЗГАРИШЛАР БИЛАН КЕЧУВЧИ ПОЛИКИСТОЗ ТУХУМДОНЛАР СИНДРОМИ БОР БЕМОРЛАРДА ГОРМОНАЛ ВА ЛИПИД КЎРСАТКИЧЛАР <i>Д.Б. Асранкулова, Х.Б. Саттаралиева</i>	210
ДТБ БИЛАН ДАВОЛАНАЁТГАН БЕМОРЛАРНИ РЕМИССИЯГА ТУШИШИДАГИ ОҚИБАТЛАРГА ЖАВОБ ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИК ТАХЛИЛИЙ НАТИЖАЛАРИ <i>Мамасолиев Н.С., Юсупова Ш.К., Ботирова Д.Р., Хамидов Ф.Ш.</i>	211
ТИРЕОТОКСИКОЗНИНГ РЕМИССИЯДАН ЧИҚМАСДАН ДАВОЛАНИШИНИ ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИК ТАХЛИЛИЙ НАТИЖАЛАРИ <i>Юсупова Ш.К., Мамасолиев Н.С., Ботирова Д.Р., Хамидов Ф.Ш.</i>	213
АДЕКВАТНЫЕ ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ . <i>Абдукахарова С.К., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Курбонова Р.Р.</i>	215
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Абдуллаев А.Х., Маткомбаров Ж.А., Арипов Б.С.</i>	216
ПРИМЕНЕНИЕ БИФОЛАК-НЕО И БИФОЛАК-АКТИВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛЛЕРГИЕЙ <i>Абдуллаев Д.Б.</i>	218
РОЛЬ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В СТАНДАРТЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ. <i>Абдуллаев Д.Д. , Аиуоров И.С. Мирзаматов Н.И.</i>	219
ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ТРАВМАХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНИКА <i>Абдуллаев Д.Д., Б.К.Махмудов Н.И., Игамназаров Ж.Ж.</i>	220
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ В НАШЕМ РЕГИОНЕ. <i>Абдуллаева М.Н., Мухитдинова Т.К</i>	220
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРБЕТОЦИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РОДАХ. <i>Абдуллаева М.Н., Мухитдинова Т.К.</i>	221
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ МЯСНЫЕ ПРОДУКТЫ (ВЕГЕТАРИАНЦЫ, ВЕГАНЫ) <i>Абдуллаева Ш.Ю</i>	222
КЛИНИКО – БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН В ШАХРИХАНСКОМ РАЙОНЕ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ	223



<i>Абдуразакова Д. С, Файзуллаев Ж, Озодбекова У, Рахманова Х.Б</i>	
ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПУТЬ К ЗДОРОВОМУ БУДУЩЕМУ. <i>Абдурасулов А.К., Абдуллаев И.К.</i>	224
РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ. <i>Абдурасулов А.К., Абдуллаев И.К.,</i>	226
ПРОГРАММЫ ОБОГАЩЕНИЯ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАСТИТЕЛЬНЫМИ ДОБАВКАМИ К ПИЩЕ <i>Абдурахманов И.Т., Абдуллаев Д.Б., Кузиев Д. В.</i>	227
ЛАЗЕРНЫЙ КЕРАТОМИЛЕЗ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ <i>Д.А. Абдурахмонова.</i>	228
ПОКАЗАНИЯ НА ОПЕРАЦИИ ФЕМТО—ЛАЗИК ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ <i>Д.А. Абдурахмонова</i>	229
РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ТЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДЕФЕКТОМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ <i>Абдусаламова Нодира</i>	230
ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ДМПП <i>Абдусаламова Нодира</i>	231
МОРФОГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПЕРТРОФИИ ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ <i>Абдусаматова И.И., Тастанова Г.Е., Шимсиев Дж. Ф.</i>	232
ПРОБИОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ <i>Абидова Г. А.</i>	234
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КАРДИАЛЬНОЙ ФОРМЫ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Абидова Г. А., Кадирова М.М.</i>	235
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ <i>Абидова Г. А., Кадирова М.М</i>	236
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЩЕКИ В ЮВЕНИЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ <i>Абсаламова Н.Ф. Alfraganus</i>	238
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ <i>Абсаттарова М.С</i>	239
МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕДПЕРСОНАЛА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА <i>Авазбеков А., Салиева М.Х., Юсупов К.М., Мирзаева М.М., Хажиматов Р.С</i>	240
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ РАН ВО ВЛАЖНОЙ СРЕДЕ <i>Авазов А.А., Шакиров Б.М. Хакимов Э.А.</i>	241
ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВО ВРЕМЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>Адихамжонов Ш.Б., Маматов Б.Ю.</i>	243
ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ ТУР ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ДГПЖ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ <i>Адихамжонов Ш.Б, Маматов Б.Ю.</i>	244



ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С L-АРГИНИНОМ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ФК II И СКФ БОЛЕЕ 60 МЛ/МИН <i>Ахматова Д.Д., Саидов Ш.Б.</i>	245
ГАСТРОПАТИЯ: КОРРЕКЦИЯ ПРЕПАРАТОМ БЕНЗКЕТОЗОН <i>Аллаберганов М.Ю.</i>	247
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВБИ <i>Арабоев Ш., Холматова Г.А., Минаваров А.А., Салиева М.Х., Мирзаева М.М.</i>	250
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Арабоев Ш.А., Салиева М.Х., Мирзаева М.М., Холматова Г.А. Андижанский</i>	251
МЫШЕЧЛОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДНИМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ ПРИКУСОМ ПОСЛЕ РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ <i>Арипова Г.Э., Умаров Б.А., Кодирова С.У., Отамуродова Г.С.</i>	253
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Арифходжаев А.Т., Сахибова М.Ж., Бахавадинова З.М.</i>	255
ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ <i>Арифходжжанев А.Т., Ганиев А.Г., Баховитдинова З.М., Сахибова М.Ж.</i>	256
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМУСА В НОРМЕ И ПРИ ВЛИЯНИИ ГЕННО-МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОДУКТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Атоева М.О., Хасанова Д.А.</i>	257
MORPHOMETRIC FEATURES OF THE ENDOMETRIUM IN FERTILITY DISORDERS. <i>Akhmadzhonova G., Ph.D</i>	258
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С L-АРГИНИНОМ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ФК II И СКФ БОЛЕЕ 60 МЛ/МИН <i>Ахматова Д.Д., Саидов Ш.Б.</i>	260
СОСТОЯНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОМ ХОЛЕСТАЗЕ. <i>Ахмедов К.Х., Болтаева Ш.З., Кабулов Б.Д.</i>	261
СОСТОЯНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОМ ХОЛЕСТАЗЕ. <i>Ахмедов К.Х., Ахмадова Д.К., Болтаева Ш.З., Кабулов Б.Д.</i>	263
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОБТУРАЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА <i>Ахмедов К.Х., Абдурахмонова Х.Ш., Бобоназарова Л.Б., Султонов А.Д.</i>	265
МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОБТУРАЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА <i>Ахмедов К.Х., Бобоназарова Л.Б., Султонов А.Д.</i>	266
СОСТОЯНИЕ МИКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОМ ХОЛЕСТАЗЕ. <i>Ахмедов К.Х., Ахмадова Д.К., Болтаева Ш.З., Кабулов Б.Д.</i>	267
ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА ПРИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ПОРОКАХ ПРИ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ. <i>Ахмедова И.М., Мусурмонов К.А</i>	269
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ ИЗМЕНЕНИИ СЕРДЦА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ <i>Ахрарова Ф.М., Мирзаева М.Ш.</i>	270
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ТКАНЕЙ ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ПРОТЕЗА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ ЖИВОТА <i>Бабаджанов А.Х., Садиков Р.А., Носиров М.М.</i>	272



МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГЕПАТИТА С КОРРЕКЦИЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫМ РАСТЕНИЕМ <i>Насирова С.З</i>	274
ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ <i>Байсариев Ш.У, Мардиева Ж.С.</i>	276
СИНДРОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОДРОСТКОВ <i>Баховитдинова З.М., Арифходжжанев А.Т., Ганиев А.Г., Сахибова М.Ж.</i>	277
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА В ПРИАРАЛЬЕ <i>Бахтиярова Азиза Максудбековна</i>	278
ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ 40 ЛЕТ <i>Бойкузиева М.Б.,</i>	279
РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С КЛИНИКОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ. <i>Валиев А.С., Махмудов Н.И., Туйчиев Б.А.</i>	280
ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В СТЕРИЛИЗАЦИИ. <i>Вапаева Самира Зафаржон кизи., Рузматов Фазлиддин</i>	282
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАДИПИНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ В Г. ФЕРГАНЫ <i>Г.Б.Шамсудинова, О.О.Юлчиев, О.Э.Умаров</i>	283
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ <i>Ганиев А.Г.</i>	284
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ГОРМОНА КЛОТО ПРИ COVID-19 <i>Глуткина Н.В., Мятлева И.А.</i>	285
ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ <i>Гозиева Ш.С., Мамасолиев Н.М., Асранкулова Д.Б., Мамасолиева Ш.А.</i>	287
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ <i>Гозиева Ш.С., Мамасолиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Мамасолиев З.Н</i>	288
ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ <i>Гозиева Ш.С., Асранкулова Д.Б., Мамасолиев Н.М., Каландаров М.</i>	290
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ <i>Д.А. Кодиров., Асадов Т.Ш., Ярматов К.Э, Хакимова Н.А, Э.А.Хакимов</i>	291
ВОЗМОЖНОСТИ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ УШИБА ЛЁГКИХ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ <i>Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К.</i>	293
ИННОВАЦИОННЫЕ ЛИМФОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН (К 55- ЛЕТИЮ ЛИМФОЛОГИИ УЗБЕКИСТАНА) <i>Джумабаев Э.С., Убайдуллаев Ф.К., Саидходжаева Д.Г., Джумабаева</i>	295
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС- СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА <i>Джуманиязовой Г.М.</i>	297
ТЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ У ВИЧ ИНФЕКЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.	299



<i>Джураев М.Г.</i>	
СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРИ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА, РОЖДЁННЫЕ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	300
<i>Джураев М.Г.</i>	
ЗНАЧЕНИЕ КОНТРОЛЯ ПУЛЬСА ПРИ ЗАНЯТИЯХ СПОРТОМ	301
<i>Ермахаматов Улугбек Даулетович</i>	
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКА РАН ВЕК	302
<i>Д.Л.Жалолиддинов</i>	
МИОПИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.	303
<i>Жалолиддинов.Д.Л.</i>	
ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННЫМ ФЕНОТИПОМ КАРДИОМИОПАТИИ.	304
<i>Жололов Б.Б.</i>	
ЧАСТОТА БРАДИАРИТМИЙ У ДЕТЕЙ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИМИОПАТИЕЙ.	305
<i>Жололов Б.Б.</i>	
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ СЕПСИСОМ	306
<i>Жуманазаров А.У., Абсаттарова М.С.</i>	
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА	308
<i>Жуманазаров А.У., Абсаттарова М.С.</i>	
ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ	309
<i>Жураев Г.Г., Касымов А.Л., Солиев М.Б.,</i>	
ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ	312
<i>Жураев Г.Г., Касымов А.Л., Солиев М.Б., Бекташева Г.М.</i>	
РОЛЬ МЕСТНОГО ПРЕПАРАТА И ОЗОНОТЕРАПИИ В РЕГУЛЯЦИИ СИСТЕМЫ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ	315
<i>Зохиров Адхамжон Рафикович</i>	
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПОТОГЕНЕЗ И КЛИНИЧЕСКИЕ ТЕЧЕНИЯ ГЛОССАЛГИИ.	317
<i>Ибрагимова М.Х., Комилова А.З., Дониёрова Ф.А., Рахимова Р.Х., Нурметов Б.М.</i>	
НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИНФОРМАТИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ	318
<i>Игамбердиева Дилором</i>	
АНАТОМИЧЕСКОЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА У ДЕТЕЙ С МИОПИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИЕЙ	319
<i>Икрамов Д. А, Икрамов О.А.</i>	
КАТЕХОЛАМИНЫ ПРЕДСТАВИТЕЛИ БИОГЕННЫХ АМИНОВ	322
<i>Икрамова З.А., Мамасолиева К.Ш.</i>	
ТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ ПРИ ДЕЙСТВИИ ИММУНОМОДУЛЯТОРА	323
<i>Иргашева Д.Г.</i>	
ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ	327
<i>Исламов Ш.Х., Аграновский М.Л., Мамасалиев Н.С., Усмонов Б.У</i>	
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ВЕЛИЧИНА ПРЕМОРБИДА В СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ	328
<i>Исламов Ш.Х., Мамасалиев Н.С., Аграновский М.Л., Курбанова Р.Р.</i>	
ВОЗРАСТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК РАННИЙ ПРЕДИКТОР МЕДИКО-	330



СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИИ С ЭПИЗОДИЧЕСКИМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ. <i>Исламов Ш.Х., Аграновский М.Л., Мамасалиев Н.С., Каландаров Д.М.</i>	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ФЛАВОНОИДОВ В РАСТЕНИИ (TUSSILAGO FARFARA) МЕТОДОМ ВЭЖХ <i>Исломова Саидахон Тургуновна</i>	331
ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПУТЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В ОТДЕЛЕНИИ НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ РНЦЭМП АФ <i>О.А.Исмаилов, Б.Ю.Маматов</i>	332
ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ВАРИАНТ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ К АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ <i>Исмаилов О.А., Маматов Б.Ю.</i>	322
УСЛОВИЯ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ЭКСТРЕННЫХ ТОРАКОСКОПИЙ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА <i>Исмаилов О.А., Каримов А.А., Ахмедов М.Х., Бутабеков Х.А.</i>	333
АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ПОЛИПОВИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ <i>Исмаилов С.И., Джуманиязов Д.А., Йигиталиев С.Х.</i>	335
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИК ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ <i>Исматил О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б., Ермилова Е.В.</i>	337
ИММУНОГРАММА И ПОКАЗАТЕЛИ АНАЛИЗА КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ <i>Исматил О.О., Зиновьев Е.В., Мустафакулов И.Б., Ермилова Е.В..</i>	338
ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ <i>Ишниязова Н.Д., Салихова К.Ш., Абсаттарова Ш.А</i>	340
ПРИМЕНЕНИЕ САЛАМОЛ ЭКО ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ <i>Йулдашев Ш.М., Солиев Р.К., Киргизбоев А.А..</i>	341
ИДЕНТИФИКАЦИЯ ФЛОТИРУЮЩЕЙ БЛЯШКИ СОННОЙ АРТЕРИИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ СТЕНОЗЕ СОННОЙ АРТЕРИИ <i>Йулдашев Ш.М., Маматалиев Ф.А., И., Насриддинов Ж.А. Махмудов Н.И</i>	342
ЭКСТРЕННАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Йулдашев Ш.М., Махмудов Н.И., Тухтакулов А.Ю.</i>	344
КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОТКРЫТОЙ ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТИ <i>Ш.М.Йулдашев, Б. С. Усманов, Н.И.Махмудов</i>	345
ПРИЧИНЫ ПРИВОДЯЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТОКОВ, ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ. <i>Кодиров Ш.Н., Анварова Н.А.</i>	347
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Кадирова М.М., Абидова Г. А.</i>	348
ОПТИМИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТОМ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Кадырова М.Н., Солиев М.Б.</i>	350



ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА <i>Камалова Д.А.</i>	350
РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗМЕНЕНИЯ СВОДА И ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ФАКИЧНЫХ ИНТРАОКУЛЯРНЫХ ЛИНЗ У БОЛЬНЫХ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ <i>Х.М. Камиров, Н.Н. Зайнутдинов</i>	352
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА <i>Караков К.Г., Хачатурян Э.Э., Узденова Р.Н., Хачатурян А.Э.</i>	354
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ПРОВЕДЕНИЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА <i>Каримов А.А., Маматов Б.Ю., Исмаилов, О.А., Махмудов А.Р., Ахмедов М.Х.</i>	356
ПОКАЗАТЕЛЬ НЭК И ПРИЧИНЫ ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ <i>Каримова Зевара Хаджибаевна, Баходиров Сардор Баходир угли</i>	358
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ <i>Каримова Зевара Хаджибаевна, Нурбоев Нурбой</i>	359
МУЛЬТИСИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Каримсакова Б.К., Бисенкулова А., Ахмадеева Л.Р.</i>	361
ЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ <i>Касимова Г.Ю.</i>	362
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ У КРЫС С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ И НОВЫХ МЕТОДОВ <i>Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Солиев М.Б.,</i>	365
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ У КРЫС С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОГО И НОВОГО ПОДХОДОВ. <i>Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Солиев М.Б.</i>	369
ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА У ТЯЖОЛООБОЖЖЕННЫХ <i>Д.А. Кодиров, Ярматов К.Э, Хакимов Э.А., Асадов</i>	370
ПРИМЕНЕНИЯ «ЛЕВОСТАВ» В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ В РАЗЛИЧНЫХ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ <i>Кодиров М.Ш.</i>	371
КОМПЛЕКС ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>Кодиров Ш.Н., Анварова Н.А.</i>	372
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМИНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА <i>Комилова А.З., Нугмонова У.Т., Ибайдуллаева Б.А.</i>	373
ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б., Ганиев А.Г</i>	375
ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА: К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ <i>Курамов.Ш.Ю., Шамсудинова Г.Б., Махмудов Н.И.</i>	377
ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ ПРИ COVID -19 <i>Курамов Ш.Ю., Махмудов Н.И., Шамсудинова Г.Б.</i>	378
МЕТОДЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ИХ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА	379



СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ <i>Мамадалиева Хилола</i>	
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА <i>Мамадалиева Хилола</i>	380
ЗНАЧЕНИЕ ЗОЖ В ФОРМИРОВАНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Мамажанов С., Салиева М.Х., Усманова Г.К., Салиева М.Р., Хажиматов Р.С.</i>	381
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИМЕНЯЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗОВ <i>Маматкулова М.Ё., Ортикова Н.Х</i>	383
К ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА <i>Маматов Б.Ю.1, Исмаилов О.А.2, Озодбеков Ю.Ш.3, Шаробиддинов М.З.4, Нумонов Ш.М.5, Мамадаев Р.Э.6, Каримов А.А.7, Ахмедов М.Х.8, Кузиев О.А.9, Хасанов Ш.Н.10</i>	384
РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ИММУННАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА <i>Маматов Б.Ю.1, Исмаилов О.А.2, Озодбеков Ю.Ш.3, Шаробиддинов М.З.4, Нумонов Ш.М.5, Мамадаев Р.Э.6, Махмудов А.Р.7</i>	385
ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА <i>Маматов Б.Ю., Муминов Б.Э., Кузиев О.А., Исмаилов О.А., Махмудов А.Р.</i>	387
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РАЗВИТИЕ РАННЕГО НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Матризаева Гулнара Джуманиязовна</i>	388
КАК ПЕРЕЙТИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ <i>Матхоишмов Н.С</i>	380
НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ. <i>Махманазаров О.М., Ураков Ш.Т.</i>	392
РОЛЬ ДИАГНОСТИКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. <i>Н.И.Махмудов., Туланов Ш.А., Фозилов М.Т</i>	393
СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ <i>Махмудов Н.И., Туйчиев Б.А., Туланов Ш.А.</i>	394
ПРИМЕНЕНИЕ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА <i>Махмудов Н.И., Умурзаков О.Э., Исмаилова М.И</i>	395
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА. <i>Махмудов Ш.С., Хамроев Худойшуккур Нутфиллоевич.</i>	396
ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ. <i>К. Машиарипов.</i>	399
ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ	401



НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ <i>К. Машиарипов.</i>	
ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ <i>Маширабова З.М.</i>	402
ПРИНЦИПЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ В ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА <i>Муминов Б.Э., Эргашев Х.М., Адихамжонов Ш.Б., Хасанов К.У., Шерматов А.А., Исмаилов О.А., Каримов А.А., Ахмедов М.Х.</i>	403
УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И КОЖА <i>Муродалиев М.М., Ходжиматов Х.К.</i>	405
ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА <i>Мусаайхон У.Х., Мусаайхон Ш.М., Бобоев К.Т.</i>	407
ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА <i>Мусаайхон Ш.М., Бобоев К.Т., Мусаайхон Х.Т., Усманова У.И.</i>	408
КОМПЬЮТЕРНАЯ ПРОГРАММА ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА. <i>Мустафакулов И.Б., Норов М.Ч., Махаммадинов А.Г</i>	409
РОЛЬ ФИЗИОЛОГИИ ПИТАНИЯ И ДИЕТОЛОГИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ <i>Мухаммадиева И.Б.</i>	410
ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С В АССОЦИАЦИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Мухамеджанова М.Х., Ахмедов Л.А.</i>	412
НАТРИЙ-УРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД КАК ИННОВАЦИОННЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ В ОЦЕНКЕ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Мухамедова Б.Ф. Абдужабборова Д.Э</i>	414
«СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНЫХ К МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГЕАНГИОМ КОЖИ». <i>Мухамедова М.Р.</i>	415
ПУТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ <i>Мухторов М., Салиева М.Х., Юсупов К.М., Мирзаева М.М., Усманова Г.К.</i>	417
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ <i>Назаров К. Д. У</i>	418
СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ <i>Назаров К. Д., Кузиев Д.В., Абдуллаев Д.Б.</i>	421
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ. <i>Н.Н.Назаров., А.Д.Махмудов, А.А.Тургунбоев., И.Х-А.Н.Назирджонов</i>	422
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДОСТЕНИЯ. <i>Н.Н.Назаров, М.М.Мадазимов, А.Л.Махмудов, А.А.Тургунбоев, И.Х-А.Н.Назирджонов</i>	424
ПОСЛЕДСТВИЯ КИСЛОТНЫХ ДОЖДЕЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СРЕДУ И НА ЧЕЛОВЕКА <i>Назарова Ёркиной Халпажановна, Сабирова Хуснигул Гайратовна</i>	426
ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО	428



ИНСУЛЬТА <i>Нарзуллаев Н.У., Шомуродов Х.Ш., Умарова М.Н.</i>	
ПРИНЦИПЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ЗОЖ) <i>Насирдинова М.В., Салиева М.Х., Минаваров А.А., Ходжиахматова Р.Ю.</i>	428
ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ. <i>Некова Камилла Хусеновна</i>	430
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ. <i>Норматова Камола Юлдашевна., Шерова Зебо Норбобаевна</i>	431
ФОРМИРОВАНИИ ДЕСНЫ ВО ВРЕМЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПОМОЩЬЮ ИНДИВИДУАЛЬНОГО АБАТМЕНТА <i>Нормирзаев Ш.Н., Ризаева С.М., Муслимова Д.М.</i>	432
СПОСОБ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЛЫХ ОРГАНОВ <i>Норов М.Ч., Мустафакулов И.Б., Махамадаминов А.Г.</i>	434
УПОТРЕБЛЕНИЕ ВИНИТЕЛЬНОГО ПАДЕЖА ПРИ НАПИСАНИИ ТАБЛЕТОК, МАЗЕЙ, ЛИНИМЕНТОВ <i>Носиралиева Муслима</i>	435
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ СЕТЧАТЫМ ИМПЛАНТАТОМ С НОВЫМ КОМПОЗИТНОМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ <i>Носиров М.М., Бабаджанов А.Х.</i>	437
КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ТИМЭКТОМИРОВАННЫХ ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Нуралиева У.М.</i>	439
СПОСОБЫ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИ ПАРОДОНТА <i>Одилжонов Жавахирмирзо Дилмуродович</i>	441
МУКОЦЕЛЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ КАК ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА <i>Олимжонов К.Ж.1, Туляганов Н.А.</i>	443
МУКОЦЕЛЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ КАК ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА <i>Олимжонов К.Ж.1, Туляганов Н.А.</i>	443
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ <i>Олимжонов К.Ж.1, Туляганов Н.А.</i>	445
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ СЕТЧАТКИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ МАКУЛЯРНОМ ОТЕКЕ <i>Олимжорова Ф.Ж.1, Хикматов М.Н., Агзамова С.С.</i>	448
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ «МОМОРДИКА ХАРАНЦИЯ Л» <i>Олимова Шахризода Шерзодовна</i>	450
РОЛЬ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. <i>А.Б.Ортиков А.Б., Туланов., Б.А.Туйчиев.</i>	453
ГОРМОН АСПРОСИН И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА <i>Подопригора М.В.1,</i>	454
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ	456



РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ <i>Пулатов Н.Н., Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ АГРЕССИВНЫХ ФОРМАХ ПАРОДОНТИТА <i>Равшанова Н., Исламова Н. Б.</i>	458
ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА <i>Раззакова Ш.Т, Рахманова Х.Б, Хайдарова,Х, Сайфутдинов Д.С</i>	459
ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНЫХ АРТРИТАХ И ИХ СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ. <i>Рахматова Ф.У</i>	460
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОКСАРТРОЗОВ И ПОРАЖЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ КОВИДЕ. <i>РахматоваФ.У.</i>	462
ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНЫХ АРТРИТАХ И ИХ СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ. <i>РахматоваФ.У.</i>	463
МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ <i>Рахматуллаева Нигора Рузметовна</i>	464
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТАТА ХЕМОБЕН У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ <i>Рузбобоев С.А., Юнусов О. Т.</i>	466
ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ И УСТОЙЧИВОСТИ У БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <i>Рузматова Х.К.</i>	467
ГИПОТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОРЗАСОФТ ПРИ ОТКРИТОУГЛЬНОЙ ФОРМЕ ГЛАУКОМЕ <i>Рустамжонов А.Б.</i>	469
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕКТИНОВЫХ БИОДОБАВОК В РАЗЛИЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ <i>Сабирова Х.Г, Нурматова М.М</i>	470
БЕСПЛОДИЕ У ЖЕНЩИН В РЕГИОНЕ С ДЕФИЦИТОМ ЙОДА <i>Сабирова Хуснигул Гайратовна</i>	472
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ УРГЕНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ <i>Садиков У.Т., Абдухафизов У.А., Ахмедова М</i>	474
ГИБРИДНАЯ ФОРМА САХАРНОГО ДИАБЕТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. <i>Садриева С.С., Пердебаева Ш.К., Каримова Ю.Б., Худойбердиева Д.Д.</i>	476
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ. <i>Саидходжаева С.Б., Хакимов М.Н.</i>	477
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Сайдалиев М.Н., Мазифарова К.Р.</i>	478
ОПТИМИЗАЦИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ <i>Сайфиддинов Ф.А. Эгамбердиева М. Э., Нарзикулова К.И.</i>	479
ПОУГЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ ПРИ РИНОСИНУСИТАХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Салиахунова Х.О., Шайхова Х.Э., Усманова Н.А. .</i>	480
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ РИНОСИНУСИТАХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	482



Салиахунова Х.О., Шайхова Х.Э., Усманова Н.А	
СИНДРОМ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ РИНОСИНУСИТАХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Салиахунова Х.О., Шайхова Х.Э., Усманова Н.А. .</i>	484
ВГС: ОСОБЕННОСТИ И КОВАРСТВО <i>Самадов Баходиржон Шарипович., Темирова Малика Ихтияровна</i>	486
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТОКСОПЛАЗМОЗНОМ ХОРИОРЕТИНИТОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР <i>Саматов м.у., Джамалова Ш.А., Каримова М.Х., Юсупов А.Ф.</i>	488
ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ <i>Самижоновна С.У. ¹, Ёкубова К.Т. ²</i>	490
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ <i>Санакулов А.Б.</i>	491
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЭДЕМ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ <i>Санакулов А.Б., Ганиев А.Г., Сахибова М.Ж.</i>	492
ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ПРИЖИВЛЕНИЯ НОВОГО СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА С КОМПОЗИТНЫМ ПОКРЫТИЕМ ПРИ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКЕ <i>Сапаев Д.Ш., Садиков Р.А., Якубов Ф.Р., Хайитбоева К.Х.</i>	493
ПРОФИЛАКТИКА ЭПИДУРАЛЬНОГО ФИБРОЗА. <i>Сарибоев О.М.</i>	495
АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОГО РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТОМ В СТУДЕНТОВ 2,3 КУРСОВ КГМА ИМ. И.К. АХУНБАЕВАПРОХОДЯЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ. <i>Слоев О.Л., Апилова Б.С. И.К.Ахунбаева.</i>	496
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ЛОКУСОВ ГЕНА IL6 (C-174G) С РИСКОМ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ <i>Содилов С.Б., Абдуллаев Р.Б., Маткаримова Д.С.</i>	497
ИЗУЧЕНИЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Солиев М.Б., Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Кадырова М.Н.</i>	498
АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Солиев М.Б., Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Бекташева Г.М.</i>	501
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ <i>Суванов Кайим Жахонович., Халманов Баходир Абдирашидович</i>	502
ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА В ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД <i>Суннатова М.А. Абдуазимова-Озсойлу Л.А.</i>	503
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ "НИЗВЕДЕНИЯ" <i>Тагаев Ш.Б. . Хакимов А.М.Рысметова М.Р, Досмухамедова А.Х., Абдусаломов Ш.Б</i>	504
ТОМОГРАФИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ "НИЗВЕДЕНИЯ" <i>Тагаев Ш.Б. . Хакимов А.М Рысметова М.Р, Досмухамедова А.Х., Абдусаломов Ш.Б</i>	505
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ БОЛЕЗНИ КРОНА <i>Тагаев Ш.Б. ,Мехмонов Ш.Р,Ходиев Х.М, Пулатов М.М.</i>	506
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА <i>Н.Л.Таджибаева ; Ф.Л.Саиджанова.</i>	507



ПИЩЕВАРЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА <i>Таджибаева Н.Л.; Саиджанова Ф.Л</i>	508
ВЫДЕЛЕНИЕ ГИДРОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В СОСТАВЕ СЛЮНЫ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ <i>Таджибаева Н.Л.; Саиджанова Ф.Л.А</i>	509
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИСПАЕЧНОГО ПОКРЫТИЯ ИЗ ПРОИЗВОДНЫХ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ НА МОДЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ <i>Мукумбаев Д.Ш, Дусияров М.М.</i>	510
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ТРЕЩИН ГУБ <i>Тимирчева В.В., Каракоев К.Г., Хачатурян Э.Э. Ставропольский</i>	511
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА <i>Н.Л.Таджибаева ; Ф.Л.Саиджанова.</i>	513
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С <i>Тошпулатова Г.О.</i>	513
ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>Турсуметов А.А., Рахимов О.У., Давлатбоева Л.И.</i>	514
ПРЕИМУЩЕСТВО АВТОМАТИЗАЦИИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НА ПРИМЕРЕ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Турсунова М.У., Махмудов Н.И., Мемджанова А.Н., Розиков Д.А.</i>	515
АУТОИММУННЫЙ ЛИМБИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ, СВЯЗАННЫЙ С АНТИТЕЛАМИ К GAD <i>Улуканова Л.У.</i>	517
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМИГИПЕРТРОФИИ СПРАВА (СИНДРОМ ПРОТЕЯ) У РЕБЕНКА <i>Улуканова Л.У. Махачкала, РФ</i>	518
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (СИНДРОМА ПИРСОНА) У 2-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА <i>Улуканова Л.У. Махачкала, РФ</i>	519
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН С 2016 ПО 2023 гг. <i>Улуканова Л.У. Махачкала, РФ</i>	521
КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (COVID-2019) В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН <i>Улуканова Л.У., Карнаева Н.С., Гаджимирзаева А.Г, Агаева С.Г.</i>	523
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МНОГОЭТАПНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ <i>Умедов Х.А.</i>	524
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ <i>Умедов Х.А.,</i>	525
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧЕНИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ <i>Умедов Х.А.</i>	526
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В КЛИМАТОПОГОДНЫХ УСЛОВИЯХ ЮГА КЫРГЫЗСТАНА (ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ) <i>Умурзакова Г.И., Мамасалиев Н.С., Каландарова Г.К., Усмонов Б.У</i>	527
ЦЕНТИЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ. <i>Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.</i>	528

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У РОЖЕНИЦ ПРИ КРУПНОЙ МАССЕ ПЛОДА. <i>Урмонжонов Н.Ф., Базарова М.У.</i>	530
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Усманов Б.Б., Узбекова Н.Р., Хужамбердиев М.А.</i>	531
РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ОТКРЫТЫХ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Б.С Усманов, Н.И.Махмудов, Х.Р Дадабаев,</i>	532
РОЛЬ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТЕРИОЗА В РАЗВИТИИ ГИПЕРТЕЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ <i>Усманова М.Д., Якубова О.А., Насирова Ф.Ж.</i>	534
ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ <i>Усмонкулов Маъруфжон Кодирович., Болтаева Нилуфар Комил кизи</i>	535
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ <i>Усмонкулов Маъруфжон Кодирович., Болтаева Нилуфар Комил кизи</i>	537
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ГИНГИВИТА <i>Уснунц Ю.К., Караков К.Г., Хачатурян Э.Э.</i>	539
КУЙИШ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ ИНФЕКЦИОН АСОРАТЛАР МУАММОЛАРИ <i>Фозилов А.А., Салохиддинов К.З., Тен Д.О., Алижонов М.А.</i>	541
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ДИСЛОКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ. <i>Хакимов М.Н., Саидходжаева С.Б.</i>	542
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПОЖИЛЫХ <i>А., Абдуллаев А.Х., Абдуллажанова Ш.Ж., Бабаев М.А., Турсунбаев А.К</i>	542
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЛИЯНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ВОСПИТАНИЕ СИСТЕМЫ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТОВ. <i>Хасанов Ф, Мазифарова К.Р.</i>	544
РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ В РНЦЭМП АФ <i>Хасанов Ш.Н., Маматов Б.Ю., Исмаилов О.А., Адихамжонов Ш.Б., Эргашев Х.М., Нумонов Ш.М., Озодбеков Ю.Ш.</i>	545
РОЛЬ ЛЕЧЕБНОГО ПЛАЗМОФЕРЕЗА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА С ОСЛОЖНЕНИЕМ СЕПСИСОМ <i>Хасанов Ш.Н., Маматов Б.Ю., Исмаилов О.А.</i>	546
ДИНАМИЧЕСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ <i>Хафизов М.М., Байков Д.Э., Ахмадеева Л.Р., Иткулов А.Ф., Хафизова Р.Р</i>	547
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МИКРОФЛОРУ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ <i>Хачатурян А.Э., Караков К.Г., Чотчаева Э.М., Балаева М.Б.</i>	549
ЗНАЧЕНИЕ ИННОВАЦИЙ В ПОВЫШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ КУЛЬТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ <i>Холматова Г.А., Салиева М.Х., Ходжирахматова Р.Ю., Салиева М.Р.</i>	550
ФАКТОРЫ ПРОЛИФЕРАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕАКТИВНЫХ АДЕНОМ ГИПОФИЗА (НАГ).	552



<i>Холова Дилором Шарифовна., Ҳалимова Замира Юсуфовна</i>	
КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ЖДА И УРОВНЕМ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Худайбергенов М.Р., Салоева З.Ш.</i>	553
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЗАКРЫТИЯ ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ И МЕТОДОВ УСТАНОВКИ ПРОТЕЗА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ <i>Хужабаев С.Т., Шакулов А.М., Гафурова Ф.Ф.</i>	554
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА НА РАЗВИТИЕ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ. <i>Хужабаев С.Т., Шакулов А.М., Гафурова Ф.Ф.</i>	557
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ <i>Хужабаев С.Т., Шакулов А.М., Гафурова Ф.Ф.</i>	559
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ <i>Хужабаев С.Т., Шакулов А.М., Гафурова Ф.Ф.</i>	561
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МИКРОФЛОРУ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АПИКАЛЬНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ. <i>Чотчаева Э.М., Балаева М.Б., Хачатурян А.Э., Хачатурян Э.Э.</i>	564
ЭВОЛЮЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ПИЩЕВОДА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН <i>Шарапов.Т.Л., Сигал Е.И., Бурмистров М.В., Холоманова К.В., Гордеев М.Г., Ибатуллин И.И</i>	565
ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СВИЩАХ ПРЯМОЙ КИШКИ <i>Шербеков У.А., Василевский Э.А., Усмонкулов М.К.,</i>	567
АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ГРЫЖ ЖИВОТА И СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>Шербеков У.А., Дадабаев О.Т., Шавази Р.Н</i>	568
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ <i>Шеркулов К.У., Дадабаев О.Т., Болтаева Н.К.</i>	569
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ <i>Шерназаров А.Т.</i>	570
ПЕРСПЕКТИВЫ КРИОТЕХНОЛОГИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Шомуродов Х.А., Шакиров Б.М., Абдуллаев С.</i>	572
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ <i>Эргашева Д.А., Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С.</i>	575
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, ОЦЕНКА НАСЛЕДСТВЕННОЙ СКЛОННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ <i>Эргашева Д.А., Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С.</i>	576
ОЦЕНКА «ГЛАВНЫХ» ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ГОРОДА АНДИЖАНА <i>Эргашева Д.А., Махсумова Д.К., Салахиддинов З.С.</i>	577
ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ <i>Эргашева Д.А., Махсумова Д.К., Алибеков Ш.О</i>	579
ПРИМЕНЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ	580



РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ <i>Эрматова Г.А.</i>	
КЛИНИКО ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИМФОТРОПНОЙ ПРОТИВООТЕЧНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ <i>Этионов О.ШП., Ярашев А.Р2</i>	584
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ПУНКЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ. <i>Юлдашев Г.Ю.</i>	587
ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА У БЕРЕМЕННЫХ ОТ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ <i>Н.А. Юлдашева., Комилова А.З</i>	589
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ. <i>Юнусова Х.Р., Бегматов Б.Б.</i>	590
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ <i>Юсупова Ш.К., Одилова О.Б.</i>	591
КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ РИСК ФАКТОРЫ У ЖЕНЩИН В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Абдуразакова Дилбар Содиковна., Юсупова Шахноза Кадиржановна., Абдусатторов Жахонгир Умид угли</i>	592
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА <i>Камилов Ж.Д., Сагатова Д.Р., Набиева Д.А</i>	594
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Курьязова Ш.М., Худайназарова С.Р., Усманова Н.А.</i>	595
ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ <i>Худайназарова С.Р., Курьязова Ш.М., Илхомова Х.А.</i>	596
ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ. <i>Юнусова Х.Р., Бегматов Б.Б.</i>	597
ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ <i>Жураев Г.Г., Касымов А.Л., Солиев М.Б.,</i>	599
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ У КРЫС С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ И НОВЫХ МЕТОДОВ <i>Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Солиев М.Б.,</i>	601
ИЗУЧЕНИЕ ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Солиев М.Б., Касымов А.Л., Жураев Г.Г., Кадырова М.Н.</i>	605
PREVENTION OF DISEASES IN GYNECOLOGY <i>Rasulova Nilufar Abduvossiyevna</i>	607
STUDYING PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN: TUDYING PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMETREATMENT. <i>Abdukakhorova S.K., Mamasoliev N.S., Asrankulova D.B., Kalandarov D.M</i>	609
WAYS FOR PREVENTION AND TREATMENT OF PHYSICAL MULTIMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN. <i>Abdukakhorova S.K., Asrankulova D.B., Mamasoliev N.S., Usmanov B.U.</i>	610
CHANGES IN PERIPHERAL BLOOD IN EARLY CHILDREN WITH TORCH INFECTION.	611



<i>Abdukodirova G. M., Khafizova Z.B.</i>	
ROLE OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE PELVIC ORGANS IN REPRODUCTIVE PATHOLOGY: ASSESSMENT OF THE PERFORMANCE ON IN VITRO FERTILIZATION.	612
<i>Abdullaeva O.G. , Nazhmutdinova D.K.</i>	
THE EFFECTIVENESS OF CORRECTION OF COMBINED HEMATOPOIETIC MICRONUTRIENT DEFICIENCY IN CHILDREN	613
<i>Aliyeva P.R., Masharipova R.T.</i>	
HEARING LOSS PREVALENCE AS A COMPLICATION OF COVID-19	614
<i>Apanasenko A.A, Kovalchuk S.V., Timchenko K.S. Smirnova V.I</i>	
DEPENDENCE OF LEPTIN LEVELS ON THE DEGREE AND TYPE OF OBESITY IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME	616
<i>D.B. Asrankulova, Kh.B. Sattaraliev</i>	
FEATURES OF LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME.	617
<i>D.B. Asrankulova, Kh.B. Sattaraliev</i>	
LONG-TERM RESULTS OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE	618
<i>Asrankulova Diloram Baxtiyarovna., Nadjmitdinova Dilbarxon Abdullajon kizi</i>	
COVID-19 IN MEDICAL WORKERS: EXAMINATION ISSUES IN THE CONNECTION OF THE DISEASE WITH THE PROFESSION	620
<i>PhD Babajanova Shoir</i>	
THE EFFECTIVENESS OF THE ANTIANEMIC DRUG "TOTEM" IN THE TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN CHILDREN	623
<i>Bobomuratov T.A., Yusupova U.U.</i>	
FEATURES OF LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME.	624
<i>D.B. Asrankulova, Kh.B. Sattaraliev</i>	
DEPENDENCE OF LEPTIN LEVELS ON THE DEGREE AND TYPE OF OBESITY IN PATIENTS with polycystic ovary syndrome	625
<i>D.B. Asrankulova, Kh.B. Sattaraliev</i>	
TO STUDY THE CAUSES OF DEVELOPMENT OF CONGENITAL NON-RHEUMATIC CARDITIS, TO consider issues of prevention.	625
<i>Zokirova A.M. Samatova G.R.</i>	
CONTROL OF CHANGES IN CYTOKINE BALANCE IN PURULENT-NECROTIC LESIONS OF DIABETIC FOOT SYNDROME	626
<i>Zokhirov Adkhamjon Rafiqovich</i>	
DIFFICULTIES WITH DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HELLP SYNDROME IN CLINICAL PRACTICE.	628
<i>Ibrohimova D.I, Gulomova Sh.X.</i>	
THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS IN GIANT HIATAL HERNIAS	629
<i>Karimova S.O'. Berkinov U.B.</i>	
THE ROLE OF THE IL-1β GENE IN THE DEVELOPMENT OF COVID-19 IN PREGNANT WOMEN	631
<i>Komilova Mehrinoz Oybekjonqizi., Zufarova Shahnoza Alimjanovna</i>	
COVID-19 ASSOCIATED CARDIOVASCULAR COMPLICATION ON MODEL OF BUSTANLIK DISTRICT.	632
<i>Kurbonov Behzod Nigmatillaevich.</i>	
METHOD OF LOCAL HEMOSTASIS IN PARENCHYMAL AND SHEATHED CEREBRAL HEMORRHAGES	633
<i>Mamadaliyev A.R., Davlatov B.N., Mamasoliyeva Sh.U.</i>	
UNDERSTANDING POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (PCOS) IN WOMEN	634
<i>Maxkamova Z.Yu., Islomova S.T</i>	



CHARACTERISTICS OF IRON METABOLISM IN PRESCHOOL CHILDREN WITH MILD IRON DEFICIENCY ANEMIA <i>R.T. Masharipova, P.R. Aliyeva</i>	635
COMPARATIVE DETERMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF CHEWING AS ONE OF THE INDICATORS OF DENTAL STUDENT HEALTH <i>Muydinova B.A.</i>	636
CHARACTERISTICS OF MEASLES IN YOUNG CHILDREN <i>Aimal Khan., Mulladjanova Kimyakhon</i>	637
WAYS OF LIFE-QUALITY IMPROVEMENT IN WOMEN AFTER HYSTERECTOMY <i>Nigmatova G.M., Absattarova M.S</i>	638
A MODEL OF THIRD-DEGREE BURN INJURY FORMATION IN RAT SKIN Nurullaev Sh.J., D.Y.Khojiev	639
THE ROLE OF PHYSICAL EXAMINATION IN THE CLINIC OF ORTHOPEDIC DENTISTRY WHEN PROSTHETICS USING IMPLANTS <i>Odiljonov Zhavohimirzo Dilmurodovich</i>	643
EVALUATION OF THE ANTIMICROBIAL EFFICACY OF OPHTHALMIC DRUG FILM IN THE TREATMENT OF INFECTED EYE WOUNDS <i>Pulatova Munisa</i>	644
ONCOLOGICAL DISEASES AND ITS DANGERS <i>Rasulova Nilufar Abduvossiyevna</i>	645
FAVIPIRAVIR, THE MECHANISM OF ACTION ON RNA VIRUSES <i>Rakhmonov A.N., Sharipova M.Z.</i>	646
TO STUDY THE CAUSES OF DEVELOPMENT OF CONGENITAL NON-RHEUMATIC CARDITIS, TO CONSIDER ISSUES OF PREVENTION <i>Samatova G.R., : Zakirova A.M.</i>	647
METHODS OF DISINFECTION OF THE RESIDUAL CAVITY AFTER REMOVAL OF THE FIBROUS CAPSULE IN THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS <i>Soliyev M.B., Qosimov A.L., Ikramova F.D., Jurayev G.G.</i>	648
OPTIMIZATION OF ANTI-INFLAMMATORY THERAPY BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN <i>Sultanov Nodirbek Jasurzhan</i>	649
DIAGNOSTIC CRITERIONS OF AUB IN ADOLESCENTS <i>Tillayeva Madina Abduqayum qizi</i>	650
SURGICAL CORRECTION OF AORTIC COARCTATION IN DIFFERENT AGE GROUPS <i>Turaev B.B., Abralov Kh.K., Ibragimov N.Sh. , V. Vakhidov</i>	651
HEPATOCELLULAR CARCINOMA <i>Tursinbaeva Z.B., Akramova M.U.</i>	652
IMAGING CHARACTERISTICS OF INACTIVE PITUITARY ADENOMAS <i>Khalimova Zamira Yusupovna Kholova Dilorom Sharifovna</i>	655
STOMATOLOGICAL TREATMENT OF MALOCCLUSION <i>Halmanov Bakhodir Abdirashidovich., Suvonov Kayim Jahanovich</i>	656
EPIDEMIOLOGICAL FACTORS IN THE SPREAD OF MEASLES IN ANDIJAN REGION <i>Javed Muhammad., Shokolonova Nodirakhon.</i>	658
ANALYSIS OF THE RESULTS OF CHOOSING THE OPTIMAL OPTION OF CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN WITH MYOPIA <i>Yangiyeva S.A.1, Rajabiy M.2, Agzamova S.S.</i>	659
COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE RESULTS OF SPATIAL CONTRAST SENSITIVITY AFTER LASER OPERATIONS "LASIK" AND "FEMTO-LASIK" FOR HIGH MYOPIA. <i>Inomjonova M.I.</i>	660



RELATIONSHIP OF THE INFLUENCE OF HOSPITALIZATION AND THROMBOLYTIC THERAPY ON THE OUTCOMES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION <i>O.M. Makhsudov.</i>	661
METHODS OF DISINFECTION OF THE RESIDUAL CAVITY AFTER REMOVAL OF THE FIBROUS CAPSULE IN THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS <i>Soliyev M.B., Qosimov A.L., Ikramova F.D., Jurayev G.G.</i>	662
ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ ВА ИММУНОГИСТОХИМИЯСИ <i>Рахманова Н.С.</i>	663
THE VALUE OF THE MARKER IN THE HEART SERUM FIBROSIS AND INFLAMMATION IN CONSTANT PROGNOSIS FORMS OF ATRIAL FIBRILLATION <i>Shakirova M.SH.</i>	666
CAUSES OF IMPAIRED WATER AND SALT METABOLISM IN PATIENTS WITH HEART FAILURE <i>Shakhobidinov X.Sh., Usmanova D.N</i>	667
THE VALUE OF THE MARKER IN THE SERUM OF THE HEART FIBROSIS AND INFLAMMATION IN CONSTANT PROGNOSIS ACHAMY OF FORMS OF ATRIAL FIBRILLATION <i>Shakirova M.SH., Usmanova D.N</i>	669
THE VALUE OF THE MARKER IN THE SERUM OF THE HEART FIBROSIS AND INFLAMMATION IN CONSTANT PROGNOSIS AXAMICITY AND SPECIFICITY OF FORMS OF ATRIAL FIBRILLATION <i>Shakirova M.SH., Usmanova D.N.</i>	671
PATHOLOGY OF THE SPINE AT AN EARLY AGE <i>Tuychiyeva Fatima Gulamjanovna., Rasulov Hamidulla Abdullayevich</i>	672
SCOLIOSIS IN YOUNG CHILDREN <i>Tuychiyeva Fatima Gulamjanovna., Rasulov Hamidulla Abdullayevich</i>	674
PREVENTION OF DRUG RESISTANCE IN TUBERCULOSIS PATIENTS <i>Maksumova D.K.</i>	675
QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH DELAYED HEART RHYTHM AND BENDOPNEA SYMPTOM <i>Abdullayeva K.H., Uzbekova N.R.</i>	676
THE SPECIFICS OF CHANGING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH PRESERVED HEARTBEAT AND THE SYMPTOM OF BENDOPNEA <i>Abdullayeva K.H., Uzbekova N.R.</i>	677
ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH PRESERVED HEARTBEAT AND BENDOPNEA SYMPTOM <i>Abdullayeva K.H., Uzbekova N.R.</i>	678
THE RELATIONSHIP OF METABOLIC DISORDERS OF CATECHOLAMINES AND PLASMA PROTEIN-A (RARP-A) IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ST SEGMENT ELEVATION <i>Abdumuminov U.O., Shamsiddinova A.S.</i>	679
SPECIFICITY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN CATECHOLAMINES AND IMPAIRED PLASMA PROTEIN METABOLISM-A (RARR-A) IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME WITH ELEVATED ST SEGMENT <i>Abdumuminov U.O., Shamsiddinova A.S.</i>	680
EVALUATION OF IMMUNOREACTIVITY INDICATORS IN CHRONIC HEART FAILURE OF VARIOUS ETIOLOGIES <i>Adhamov I.I.</i>	682
FEATURES OF IMMUNOREACTIVITY INDICATORS IN CHRONIC HEART FAILURE OF VARIOUS ETIOLOGIES	684



<i>Usmanova D.N</i>	
THE ORIGIN, CLINICAL COURSE AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF ACUTE MIDDLE OTITIS <i>Norboev Z.K</i>	686
ORIGIN, CLINICAL COURSE AND TREATMENT OF ACUTE MIDDLE OTITIS <i>Norboev Z.K.</i>	688
RADIATION DIAGNOSIS IN CASE OF CERVICAL SPINE INJURY <i>Atakhanova D.M., Rashidova Sh.U</i>	689
METHODS OF RADIATION DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE CERVICAL SPINE <i>Atakhanova D.M., Rashidova Sh.U.</i>	691
THE SPECIFICS OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE COVID-19 <i>Atakhanova S.K., Vakhobov B.M</i>	692
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE COVID-19 <i>Atakhanova S.K., Vakhobov B.M.</i>	693
ASSESSMENT OF SPECIFICITY AND STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE IN PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE COVID-19 <i>Atakhanova S.K., Vakhobov B.M.</i>	696
ADVANTAGES OF STUDYING THE ENDOSCOPIC AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE ESOPHAGEAL MUCOSA IN CHILDREN <i>B. Makhsudov</i>	698
NEW TECHNOLOGIES IN THE SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY PLEURAL COMPLICATIONS OF PNEUMONIA IN CHILDREN <i>B. Makhsudov., Makhsudova H.F</i>	699
PHYSICAL DEVELOPMENT IS AN INDICATOR OF THE HEALTH OF PRIMARY SCHOOL CHILDREN <i>B. Makhsudov., Makhsudova H.F.</i>	699
FEATURES OF REJECTION IN CHILDREN WITH VARIOUS RHEUMATIC DISEASES <i>B. Makhsudov., Makhsudova H.F</i>	700
THE STATE OF THE SYMPATHETIC-ADRENAL SYSTEM ACHAMITY IN MENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERTENSION <i>Bahriddinova N., Tashtemirova I.M.</i>	701
STATE OF THE SYMPATHETIC-ADRENAL SYSTEM SPECIFICITY IN MENOPAUSAL WOMEN WITH HYPERTENSION <i>Bahriddinova N., Tashtemirova I.M.</i>	702
INDICATIONS FOR THE OCCURRENCE OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE ANDIJAN REGION <i>G.M.Bektasheva, Xolmatova G.A.</i>	704
PREVENTION OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE ANDIJAN REGION <i>G.M.Bektasheva, Xolmatova G.A.</i>	706
ADVANTAGES IN THE PREVENTION OF DIABETIC FOOT SYNDROME IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE ANDIJAN REGION <i>G.M.Bektasheva, Xolmatova G.A.</i>	707
SPECIFICITY OF THE EFFECT OF ROSUVASTATIN ON THE INDICATORS OF CYTOKINES AND MAO ACTIVITY IN PATIENTS WHO HAVE BEEN DIAGNOSED WITH IHD AND APDOMINAL OBESITY <i>Bustanov Sh.Ya., Kuchkarov X</i>	709
TREATMENT OF THE EFFECT OF ROSUVASTATIN ON THE INDICATORS OF CYTOKINES AND MAO ACTIVITY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH YUIK AND	711



ABDOMINAL OBESITY <i>Bustanov Sh.Ya., Kuchkarov X</i>	
THE EFFECT OF ROSUVASTATIN ON THE INDICATORS OF CYTOKINES AND MAO ACTIVITY IN PATIENTS DIAGNOSED WITH YOIC AND APDOMINAL OBESITY <i>Bustanov Sh.Ya., Kuchkarov X</i>	712
ULTRASOUND EXAMINATION AND THE USE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING FOR ACCURATE VISUALIZATION OF THE STATE OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX <i>Zaylobiddinov Ibrohim</i>	713
RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY WITH CORRECTION OF COMBINED SURGICAL PATHOLOGY IN PATIENTS OF ADOLESCENCE AND YOUNG AGE. <i>A.A. Yigitov, Kh.A. Yuldashev, O. Sh. Phoziljonov., G.M. Khodzhimatov</i>	714
ROLE AND RELEVANCE OF THE NASAL CAVITY MICROBIOME IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS <i>Madaminova N.E., Khakhkharova D.M., Khoshimova D.Kh.</i>	715
THE ROLE OF THE NASAL CAVITY MICROBIOME IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS <i>Madaminova N.E., Khakhkharova D.M., Khoshimova D.Kh.</i>	717
MORPHOFUNCTIONAL PROPERTIES OF PERIPHERAL ERYTHRON CONNECTIVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC NONSPECIFIC LUNG DISEASES <i>Mirzaakhmedova I.Z.</i>	719
ASSESSMENT OF THE STATE OF GENERAL CIRCULATION IN ARTERIAL HYPERTENSION <i>Mamadkhodzhaev O</i>	720
EXAMINATION METHODS FOR LIVER PATHOLOGY IN HIV-INFECTED TUBERCULOSIS PATIENTS <i>Mukhammadamin Akbarov., Khudoiberdieva M.Zh.,</i>	721
FATTY LIVER HEPATOSIS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS <i>Odilova Adina Bakhadirjan kizi., Khamidova Makhbuba Ismailjanovna</i>	723
MORPHOLOGICAL FEATURES OF LUNG COMPLICATIONS IN ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN COVID-19 <i>Olimova Z.A. Sodikova Dilrabohon Tojiddinovna.,</i>	725
COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF ARTERY TREATMENT AND PREVENTION FEATURES OF THE VIOLATION OF THE PERMEABILITY OF THE LEGS <i>Tashtemirov A.R., Kodirov Sh.N.</i>	726
COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF ARTERY TREATMENT AND PREVENTION ASSESSMENT OF THE FEATURES OF THE VIOLATION OF THE PERMEABILITY OF THE LEGS <i>Tashtemirov A.R., Kodirov Sh.N</i>	727
STUDY OF SPECIFICITIES IN THE COURSE OF NEPHROPATHY AND ANEMIA IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS <i>Kholmatova G.A., Bektasheva G.M.</i>	729
THE COURSE OF NEPHROPATHY AND ANEMIA IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND THEIR RELATIONSHIP <i>Kholmatova G.A., Bektasheva G.M.</i>	730
СВИДЕТЕЛЬСТВА О ЦЕЛЕБНОЙ СИЛЕ ТРАВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА <i>А. А. Хушнудбеков., Р. А. Хакимова</i>	731
GESTATIONAL COMPLICATIONS IN OBESE PATIENTS <i>Rafieva Olyakhan Ibrahim qizi., Abdukaxarova S</i>	732
FEATURES OF OBSTETRIC TACTICS IN MULTIPLE PREGNANCY PREGNANCY <i>Rafieva Olyakhan Ibrahim qizi., Abdukaxarova S</i>	733



ON THE ISSUE OF THE COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN WITH HISTORY OF CERVICAL DIATHERMOELECTROCOAGULATION <i>Rafieva Olyakhan Ibrahim qizi., Abdukaxarova S</i>	734
PRINCIPLES OF IMPAIRED WATER AND SALT METABOLISM IN PATIENTS WITH HEART FAILURE <i>Shakhobidinov X.Sh., Usmanova D.N</i>	735
THE ROLE OF VITAMINS IN CHILDRENS' ORGANISM <i>Shokirov Bobur.,</i>	738
USE OF FERLAIMUM PREPARATION WITH ASCORBIC ACID IN THE COMPLEX TREATMENT OF IRON DEFICIENCY DISEASE <i>Shokirov Bobur., Abdullayeva D.A.,</i>	740
THE USE OF ELASTOGRAPHY TO ASSESS THE DEGREE OF FIBROSIS OF THE LIVER PARENCHYMA IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS IN COMBINATION WITH TUBERCULOSIS <i>Egamberdiev A., R.K.Abdumanapova</i>	740
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛАСТОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ФИБРОЗИРОВАНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Эгамбердиев А., Р.К.Абдуманапова</i>	742
FEATURES OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS <i>Ergasheva D., Maksumova D.K.</i>	743
SONOGRAPHY METHOD FOR VERIFICATION OF LIVER PATHOLOGY IN HIV-INFECTED PATIENTS WITH TUBERCULOSIS <i>Ergasheva D., D.K. Department</i>	745
ADVANTAGES OF MODERN METHODS FOR EXAMINING TUBERCULOSIS ADENOPATHIES IN CHILDREN WITH HIV <i>Yuldasheva M., Oripov Sh</i>	746
MODERN METHODS OF VERIFICATION OF TUBERCULOUS ADENOPATHIES IN HIV-INFECTED CHILDREN <i>Yuldasheva M., Oripov Sh.</i>	748
ENDOVideosURGICAL VERSUS OPEN SURGERY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH THORACOABDOMINAL INJURIES <i>Yakhyoev S.M., Yuldashev Kh.A., Phoziljonov O. Sh., G.M. Khodzhimatov</i>	749
IMPORTANCE OF ENDOVIDEOSURGICAL METHODS IN THE TREATMENT OF THORACOABDOMINAL INJURIES <i>Yakhyoev S.M., Yuldashev Kh.A., Phoziljonov O. Sh. G.M. Khodzhimatov</i>	752
АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕМОМИКРОЦИРКУЛЯЦИОННОГО КАНАЛА ПИЩЕВОДА В ПРЕНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА <i>Абдукодирова З.Б, Разаков Б.Ю</i>	753
ВЛИЯНИЕ НА ПРОЦЕСС КЛЕТОЧНОГО СТАРЕНИЯ В ПАТОМОРФОГЕНЕЗЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Абдукодирова З.Б., Разаков Б.Ю.</i>	755
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СЕПСИСА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ <i>Абдукодирова З.Б, Разаков Б.Ю</i>	756
РОЛЬ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ СТОПЫ ЧЕЛОВЕКА <i>Абдукодирова З.Б, Разаков Б.Ю</i>	757
ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ <i>Абдуллаев Д., Юнусов Д.М</i>	759
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ	760



ОРГАНИЗУЮЩЕЙСЯ ПНЕВМОНИИ ПОСЛЕ COVID-19 <i>Абдуллаева Камола, Худжамбердиев Мамазоир., Усманова Дилором, Юлдашева Сарвиноза, Мухторов Саидорифхон</i>	
ФАКТОРЫ СНИЖАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ <i>Абдуллаева Хилола., Кучкарова М.Ф</i>	762
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА <i>Абдуллаева Хилола., Кучкарова М.Ф</i>	763
ВЛИЯНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПУТИ ОТТОКА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО <i>Абдурахмонова Г.М., Умурзакова Р.З</i>	764
СУЩНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО <i>Абдурахмонова Г.М., Умурзакова Р.З</i>	765
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРЕПАРАТАМИ, КОРРЕГИРУЮЩИМИ ЭРИТРОПОЭЗ <i>Абдусаломова Н., Абдувахопова Н.Р</i>	767
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ЭНДОГЕННОГО ГЕНЕЗА И ИХ ПРОФИЛАКТИКИ <i>Аграновский К.М., Аграновский М.Л., Маликова А.</i>	768
МЕТОДЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ОСНОВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, НАБЛЮДАЕМЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ <i>Аграновский М.Л., Усманова М.Б.</i>	771
ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ <i>Махмудова Х.Х. Аграновский М.Л., Мирзаев А.А.</i>	773
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЦЕЛИАКИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>Адхамов Ш., : Арзибекова У.А</i>	775
ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСА В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА <i>Адхамов Ш., Арзибекова У.А</i>	776
ВАРИАНТОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С РИСКОМ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА <i>Ахмадалиева Н.Ж., Ахмаджонова Г.М.</i>	777
ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВЫХ МАРКЕРОВ, СВЯЗАННЫХ С РИСКОМ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТОВ <i>Ахмадалиева Н.Ж, Ахмаджонова Г.М</i>	778
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ. <i>Ахмаджонова Муслима Новфал кизи., Юлдашева О.С</i>	779
ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА <i>Ахматохунова Ф., Умарова М.А</i>	780
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА БРОНХИАЛЬНОЙ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ <i>Ахматохунова Ф., Умарова М.А</i>	781
АНДИЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ-НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ <i>Байбекова Гульфия Джиганшаевна</i>	786
МЕРЫ ПО КОНТРОЛЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ В	792



УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ <i>Баходиржонов И.И., Юнусова З.В</i>	
ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ <i>Бозарова Н., Арзибекова У.А.</i>	793
ОЦЕНКА ПРОТИВОВИРУСНОГО ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ <i>Гуломов Х., Мирзаахмедова И.З</i>	795
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ <i>Жураев Ш, Арзибекова У.А</i>	796
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА <i>Жураев Ш, Арзибекова У.А</i>	798
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ТОЧНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА <i>Зайлобиддинов Иброхим., Г.И.Султонов</i>	800
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРОСТАТЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ А1–АДРЕНОБЛОКАТОРОВ <i>Ибрагимов Ф.А, Ибрагимов Ф.А,</i>	801
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ С ПРЕПАРАТАМИ УСИЛИВАЮЩИЙ ЭРИТРОПОЭЗ <i>Ибрагимов Ф.А., Курбанова Д.И.</i>	802
СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЯ КАК МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА <i>Иргашева Д.Г.</i>	804
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ИШЕМИИ МИОКАРДА <i>Исаков А.А., Вахабов Б.М.</i>	805
ЗНАЧИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НОВОГО УГЛЕРОДНОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ГЕМОСОРБЕНТА <i>Йигитов А. А., Юлдашев Х.А., Фозилжонов О.Ш.</i>	806
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ <i>Йигитов А. А., Юлдашев Х.А., Фозилжонов О.Ш.</i>	808
СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ <i>Йигитов А. А., Юлдашев Х.А., Фозилжонов О.Ш.</i>	809
ИЗУЧЕНИЕ ПОЛЕЗНЫХ АСПЕКТОВ ЗАКАЛИВАНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Кадиров Ж.Д. Солиева М.О.</i>	811
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ <i>Кадиров Ж.Д. Солиева М.О.</i>	813
КЛИНИКА СУДОРОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ <i>Кадиров Ш., Кадиров Х.С</i>	814
ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ЗДОРОВЫХ И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Кадиров Ш., : Кадиров Х.С</i>	815
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕСПИРАТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И СПОСОБЫ БОРЬБЫ С НИМИ	816



<i>Кадиоров Ш., Кадиоров Х.С</i>	
ПСИХИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	818
<i>Кадиоров Ш., Кадиоров Х.С.</i>	
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГИПЕРТРОФИИ АДЕНОИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ С БЫСТРЫМ НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ	819
<i>Курбонов М.Х., Усманова Н.А</i>	
ДИАГНОСТИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АДЕНОТОМИИ У ДЕТЕЙ С БЫСТРЫМ НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ	821
<i>Курбонов М.Х., Усманова Н.А</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА В ХИРУРГИИ ПАРИНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ	823
<i>Кучкаров М.Ю. Абдуллажанов Б.Р</i>	
ОЦЕНКА МЕСТНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ХИРУРГИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ	824
<i>Кучкаров М.Ю., Абдуллажанов Б.Р</i>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА В ХИРУРГИИ ПАРИНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ	826
<i>Кучкаров М.Ю., Абдуллажанов Б.Р</i>	
ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	827
<i>Мадаминов О.А., Аграновский М.Л., Азимова Г.А.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ COVID-19 У ДЕТЕЙ	829
<i>Маматалиева М., Махмудова Б.Ш., Алимова Г.М.</i>	
КЛИНИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ КОРОНАВИРУСА У ДЕТЕЙ	830
<i>Маматалиева М., Махмудова Б.Ш.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ	832
<i>М, студентка., Алимова Г.М.</i>	
СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ	833
<i>Маматалиева М., Махмудова Б.Ш</i>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ COVID-19 У ДЕТЕЙ	834
<i>Маматалиева М., Махмудова Б.Ш., Алимова Г.М</i>	
ВЛИЯНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	835
<i>Маматалиева М., Махмудова Б.Ш</i>	
МОЛЕКУЛЯРНЫЕ И ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	836
<i>Маматалиева М., , Алимова Г.М</i>	
АТОПИЧЕСКАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	838
<i>Маматалиева М., Алимова Г.М.,</i>	
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ	839
<i>Марифова Файзинисо., Делкашева Шахло Джамолиитдиновна</i>	
ОЦЕНКА АСПЕКТОВ ОБУЧЕНИЯ НЕГАТИВНЫМ РАССТРОЙСТВАМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА	841
<i>Махмудова Х.Х. Аграновский М.Л., Сарбаева Н.К.</i>	
ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: ПЕРСПЕКТИВЫ И ВЫЗОВЫ	843
<i>Мураджанов Исмаил Маъруфович., Таштемирова.И.М.</i>	
УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И КОЖА	844
<i>Муродалиев М.М., Ходжиматов Х.К. Ашуров А.Т</i>	
ИНДУЦИРОВАННЫЙ COVID-19 КОРОНАРНЫМ СТЕНТИРОВАНИЕМ	847



КОАГУЛЯЦИОННЫЙ АППАРАТ У ПАЦИЕНТОВ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТЬ КУПИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА <i>Мухамаджанов И.М. Ташитимерова И.М</i>	
ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ, ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И РАЗВИТИЕ РЕСТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ, ИНФИЦИРОВАННЫХ COVID-19, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ <i>Мухамаджанов И.М. Ташитимерова И.М</i>	849
МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Акбаров Мухаммадамин., Худойбердиева М.Ж.,</i>	851
УМУРТКА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ ВА ДИСТРОФИК ЎЗГАРИШЛАРИНИ ЭРТА ДАВРИДА ВИЗУАЛ-ПАТОГЕНЕТИК ТАШХИСЛАШ. <i>Нарматова Д.М, Маҳкамов Н.Ж.</i>	853
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СОСУДОВ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИХ ПРОФИЛАКТИКЕ <i>Одилжонов Б.,Исакова Д.З.</i>	854
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СОЧЕТАНИИ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ <i>Олимжонов Б.О. Артикова С.Г.</i>	856
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АНОВУЛЯЦИОННЫХ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ПОДХОДЕ К ГЕМОСТАЗУ <i>Парпиева Ш.О. Якубова О.А</i>	857
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ГЕМОСТАЗУ ПРИ АНОВУЛЯЦИОННЫХ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И МЕРЫ ПО ИХ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ <i>Парпиева Ш.О. Якубова О.А</i>	859
УЛУЧШЕНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ <i>Пулатова Д, Парманкулова Ю.Д</i>	860
ИЗУЧЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ, ИХ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ <i>Пулатова Д, Парманкулова Ю.Д</i>	862
СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ <i>Расулова ГульмираРустамжонкизи., Юлдашева О.С</i>	863
МЕТОДЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И УСТРАНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ <i>Рахмаджонов А.Р, Юнусов Д.М</i>	865
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ <i>Рахмаджонова Д.Р, Юнусов Д.М</i>	866
ИЗУЧИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТОКОФЕРОЛА ПРИ ОПИСАНИИ СОСТОЯНИЯ ИММУНИТЕТА У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ <i>Рахматуллаева М., : Туробиддинова Г.А</i>	867
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ А-ТОКОФЕРОЛА НА ИММУННЫЙ СТАТУС ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ <i>Рахматуллаева М., Туробиддинова Г.А.</i>	868
ВЫБОР НАРУШЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И МЕТОДОВ ИХ КОРРЕКЦИИ ПРИ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ <i>Рахмонкулов Б., Ахмедова Х.Ю</i>	870



КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗНОВИДНОСТЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ ПО ДАННЫМ УБМ <i>Рустамбекова Шахноза Искандаровна., Икромов Азизбек Фозилович</i>	871
ВАЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ КОНКРЕТНЫХ АСПЕКТОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ <i>Салиева М., Кодиров Ж.</i>	873
МЕДОТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ - ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ <i>Солиев М., Мавлянов И.,</i>	874
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА <i>Н.Л.Таджибаева., Ф.Л.Саиджанова</i>	876
ПИЩЕВАРЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА <i>Таджибаева Н.Л.; Саиджанова Ф.Л</i>	876
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПЕПСИНОГЕНАГОМОГЕНАТА СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ПЛАЗМОПЕПСИНОГЕНА <i>Н.Л.Таджибаева., Ф.Л.Саиджанова</i>	877
ВЫДЕЛЕНИЕ ГИДРОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В СОСТАВЕ СЛЮНЫ ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ <i>Таджибаева Н.Л., Саиджанова Ф.Л.</i>	878
ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, НАБЛЮДАЕМОМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Тоғжирзаев А.Б., Валиева З.С.</i>	879
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДАМИ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОГЕННОЙ КАРДИАЛГИЕЙ И КАРДИОФОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Топволдиев М.К., Аграновский М.Л., Каримов А.Х</i>	881
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЛИЦИВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ. <i>Тухтаралиева Б., Султанова Ф.Х.,</i>	883
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ <i>Тухтаралиева Б., Султанова Ф.Х</i>	884
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ШОВНЫХ МАТЕРИАЛОВ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ РАН ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ <i>Фозилжонов О.Ш., Касимов Н.А.</i>	886
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЯЗВ ЖЕЛУДКА <i>Фозилжонов О.Ш. Касимов Н.А</i>	887
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКОВ <i>Фозилжонов О.Ш., Аграновский М.Л.,</i>	889
ОЦЕНКА ОСОБЕННОСТЕЙ ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТИ <i>Фозилжонов О.Ш., Аграновский М.,Л Козимжонов И.Ф</i>	891
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕПРЕССИИ У МОЛОДЕЖИ <i>Фозилжонов О.Ш, Аграновский М.Л., Долимова М.А</i>	893
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ <i>Хақимжонов М. Примкулова Г.Н</i>	895
АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕТОДОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Хақимова Д., Б.Т.Батирова</i>	897



ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Хакимова Д., Б.Т. Батирова</i>	898
ВАЖНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ДИСПЛАЗИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ <i>Хошимова Р.Х., Юнусов Д.М</i>	900
SECONDARY IMMUNODEFICIENCY ASSOCIATED WITH TUBERCULOSIS AND THE CAUSE OF ITS OCCURRENCE <i>A. A. Khushnudbekov., R. A. Khakimova</i>	902
АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ <i>Шокиров Дилмуроджон Шухратбекович., Гульноза удилверна Кадирджановна</i>	903
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ <i>Эркинова Наима Гайрат кизи., Юлдашева О.С</i>	904
ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 <i>Юлдашева С.Л., Хужамбердиев М.А., Усманова Д.Н., Абдуллаева К.А.</i>	905
СПЕЦИФИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И КОРРЕКЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Юсувалиев М.Д., Тоштемурова И.М.</i>	906
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКТИРОВКИ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Юсувалиев М.Д., Тоштемурова И.М.</i>	907
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫМИ ТРАВМАМИ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫМИ ТРАВМАМИ <i>Яхёев С.М., Юлдашев Х.А., Фозилжонов О.Ш. Ходжиматов Г. М.</i>	908
СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТПЕМОРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ <i>Абдусаломова Н., Абдувахопова Н.Р</i>	909
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ ТРЕВОЖНЫХ ДЕПРЕССИЙ ЭНДОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ <i>Аграновский К.М., Аграновский М.Л., Муминов Р.К., Салиев М.М.</i>	911
ЎЗ АВТО МОТОРС ЖАМИЯТИ СТРЕССГА МОЙИЛ ХОДИМЛАРИ ОРАСИДА ҚОНДАГИ СИМПАТОАДРЕНАЛ ТИЗИМ ФАОЛЛИГИНИ АНИҚЛАШ ВА АНИҚЛАНГАН БУЗИЛИШЛАРНИ ДАВОЛАШ <i>Мамажонов З.К., Хужамбердиев М.А., Қодирова Г.И</i>	912
ЎЗ АВТО МОТОРС ЖАМИЯТИ ХОДИМЛАРИНИ СТРЕСС МУХИТИДА ҚОН БОСИМИ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ АНИҚЛАШ <i>Мамажонов З.К., Хужамбердиев М.А., Қодирова Г.И</i>	914
БЎЙИН УМУРТҚАСИ ОСТЕОХОНДРОЗИ ДАВРЛАРИНИНГ КЛИНИК ВА МОРФОЛОГИК КЎРИНИШИ <i>Маҳкамов Н. Ж., DSc.</i>	914
КОВИД-19 ДАН КЕЙИНГИ УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ СТРУКТУР-ФУНКЦИОНАЛ ТУРИНИ ТАШХИСЛАШ <i>Маҳкамов Н.Ж., Мамажонов И.М.</i>	916
BOLALARDA HISSIY - AFFEKTIV O'ZGARISHLARNI TASHXISLASH VA OLDINI OLISH <i>Askarov Yu., Noraliev I.</i>	918
SARATON KASALLIGIGA CHALINGAN BOLALAR VA O'SPirinLARNI EMLASH XUSUSIYATLARI	919



<i>Kodirov J, Soliyeva M.O</i>	
SUT TISHLARI KARIESINING OLDINI OLIISHDA KUMUSHNING AHAMIYATI <i>Odilov S.J., To'lanov D.Sh.</i>	922
STOMATOLOGIYADA YUQUMLI KASALLIKLAR MUAMMOSI VA ULARNI YUQISH YO'LLARINI OLDINI OLIISH CHORALARI <i>Odilov S.J., To'lanov D.Sh</i>	923